



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

SUBJETIVIDADE E LOUCURA: UMA PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL

THIAGO HENRIQUE SANCHES MAIA

BRASÍLIA – DF
JUNHO / 2008

THIAGO HENRIQUE SANCHES MAIA

**SUBJETIVIDADE E LOUCURA:
UMA PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL**

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do
curso de Psicologia do Centro
Universitário de Brasília -
UniCEUB, orientada pelo
professor Dr. Fernando Luis
González Rey.

Brasília – DF, junho de 2008

*Dedicada a todos e todas que já perderam uma noite em
claro, imaginando se a vida poderia ser diferente...*

Resumo

Este estudo visa gerar um entendimento diferenciado sobre a loucura, a partir de considerações acerca do impacto desta na vida dos sujeitos e na sociedade. Caracteriza a loucura a partir de modificações no modo de ser do sujeito que afetam suas relações sociais, produzindo um estranhamento que passa a ser nele essencializado. Mostra como ela gera ruptura com as normas do costume, sendo assim reduzida por meio da noção de doença mental. Analisa como o manicômio é uma instituição essencialmente punitiva destes modos de ser desviantes, intervindo - através da desumanização e das diversas práticas de violência - de maneira invasiva nos sujeitos. Descreve como esses mecanismos atuam concretamente, a partir da análise de uma experiência de estágio em um hospital psiquiátrico. Mostra como alguns sujeitos considerados como loucos lidam com o processo de internação, apresentando alguns breves relatos. Introduz a teoria da subjetividade, utilizando-se de alguns de seus conceitos principais na construção de uma outra visão sobre a loucura, na proposta de outras práticas de organização para a luta antimanicomial.

PALAVRAS-CHAVE: subjetividade, loucura, luta antimanicomial.

Sumario

Introdução	02
Capítulo I - Reflexões sobre loucura e doença mental	03
Capítulo II - O manicômio e suas funções	13
Capítulo III - Uma experiência	25
Capítulo IV - Subjetividade e Loucura	45
Conclusão	77
Referências Bibliográficas	80

Loucura é transformação, é mudança, é crise. É vida. Numa encruzilhada dos rumos que nos são apontados pela sociedade – que nos cobra sempre que sejamos homem ou mulher, filhos, pais, amantes, felizes ou trabalhadores – encontramos algo não familiar, estranho, que muitas vezes nos invade e nos toma, mas que também é uma parte oculta, desmedida e intransigente de nós mesmos.

Quem já se sentiu pressionado, triste, angustiado, desconfiado, solitário, amargurado... ou teve uma grande perda, decepção, conflito, desejo, impulso... forte o suficiente para sentir que suas percepções mais básicas, sobre o mundo ou sobre si mesmo, lhe traíram, lhe enganaram? Quem já perdeu algo muito importante, ou encontrou algo muito aterrador, nos caminhos do mundo ou de si mesmo?

Falar em subjetividade é falar em loucura, é falar sobre a quebra da vida de aparências. Das possibilidades não pré-dispostas dentro de um esquema de vida programado em um destino comum, hegemônico. Um modo de vida que é interceptado e subvertido pelos que chamamos de loucos. Esses supostos estrangeiros que não falam o idioma oficial e não jogam pelas regras estabelecidas, podem nos ensinar muito mais sobre o valor das palavras e sobre o jogo da vida do que aqueles que se apegam ao ordinário, ao comum, ao normal.

Mas quem determina o que é normalidade? Quem é que fala sobre a loucura? Quem classifica e categoriza, atribuindo valores, prescrevendo receitas? Quem fala sobre como deveria ser? Quem dita a lei e mantém a norma? Quem sabe o que é loucura?

Todos nós. Não é mérito apenas da psiquiatria, embora sim, possamos e devemos ser parte do que se entende como antipsiquiatria. Contra a psiquiatrização da vida, principalmente. Nossa luta é mais ampla e a chamamos de luta antimanicominal porque entendemos desde um certo tempo que existem outras formas - mais sutis e cotidianas - de ação dos manicômios. Outros níveis de poder. Travamos uma batalha para que todo ser seja considerado em sua subjetividade;

vivemos uma luta sobretudo cultural e política, percebendo que não há, necessariamente, contradição em utilizarmos conhecimentos acadêmicos, científicos, para por em xeque seus próprios pressupostos, buscando abrir outras possibilidades. Construindo um saber que contenha o germe da mudança e que abra novas zonas de sentido podendo, assim, se integrar à vida e agir sobre o cotidiano.

Porque quem determina o que é normal, quando lidamos com a alteridade, com a diferença, somos todos nós. Nós é que ligamos para os bombeiros ou para a polícia quando vemos alguém em crise. Nós é que encapsulamos o que não entendemos como loucura, a enfiamos em um buraco sem fundo, sem memória, sem razão e muitas vezes até sem vida. E pode ter certeza, muitos perderam a vida por isso.

Loucos somos eu e você, talvez nem tanto pelas coisas que pensamos e fazemos, mas principalmente por aquelas que nunca pensamos e passamos. Por nossa alienação, nossa indiferença. E, seja por medo, comodidade ou crueldade, estabelecermos de maneira tão preconceituosa o que é loucura. Por sermos cegos ao que, com um pouco mais de cuidado e paciência, poderia ser tão familiar; por chamar de loucura o nosso estranhamento.

Tentaremos mostrar, no presente trabalho, como a loucura, em si, não diz muito de saúde e nem de doença, embora a maneira como construímos nossos discursos sobre ela possa estar gravemente rígida, adoecida. Buscaremos denunciar e compreender as práticas de violência, sua função, sua lógica. Mostrar que, contraditoriamente, chamamos de saúde mental o movimento que, historicamente, adoce, exclui, pune, vigia, normatiza e silencia.

Capítulo I - Reflexões sobre loucura e doença mental

“Em uma sociedade mantida pela mentira, qualquer expressão de verdade é vista como loucura” (Emma Goldman).

Ao contrário do que comumente se pensa, é possível delinear a existência de um *continuum* simbólico que atravessa as diferentes construções sobre a loucura - desde a maneira como é concebida pela psiquiatria, enquanto doença mental, até suas diferentes representações no imaginário social.

Um aspecto chave e fundante, enraizado nessas diferentes concepções, é o da loucura como quebra da norma, em níveis elementares que definem maneiras de ser, pensar, agir, sentir, expressar e se relacionar. Uma ruptura com elementos da ordem e da convenção tão elementares, geralmente culturais, que desestabilizam as relações de alteridade, gerando um estranhamento essencial, ou, mais adequadamente, essencializado.

Este estranhamento é, por assim dizer, cerne das representações sobre loucura. Refere-se a toda uma maneira de ser – que engloba a multiplicidade de elementos anteriormente referida – que não encontra, num dado contexto, amparo normativo nos processos de sociabilidade e nas interações da linguagem e da comunicação hegemônicos de uma determinada cultura.

Há, na cultura, diferentes espaços sociais seguros ou apropriados para a manifestação de determinados desejos, comportamentos ou crenças, que operam segundo regras explícitas ou mesmo normas de conduta mais naturalizadas, difundidas através de padrões culturais socialmente construídos. Estes espaços, pensados para além da dicotomia público e privado, estabelecem papéis sociais para as relações e normas de conduta e de expressão, que são moldadas no hábito ou negociadas nas interações. Também há, nos espaços sociais, modos de ser

que prevalecem hegemonicamente, geralmente estabelecidos de acordo com cor, gênero, classe, orientação sexual, etc.

A loucura tem como característica geralmente subverter a lógica desses espaços, através de diferentes formas de organização e expressão dos sentimentos, das relações e das idéias; ou mesmo por comportamentos tidos como estranhos, inadequados. Por subverter elementos sociais e culturais destes espaços e por não encontrar amparo em uma cosmologia compartilhada que legitime seu modo expressivo e interativo, é considerada como uma disfunção, uma doença.

A noção de adoecimento tem em si algo da ordem do involuntário, do incontrolável, mas como veremos não exime a loucura de culpabilidade ou mesmo de punição, de tratamento. Também se aproxima de uma idéia de fraqueza, de insuficiência, de falta, quando na verdade muitas dessas modificações são explosões criativas, de idéias, de valores, de atuações, de imagens, de dor, que muitas vezes não são comportadas dentro do ambiente do sujeito, seja ele familiar, profissional ou comunitário. É certo que há o oposto, uma tristeza imobilizadora, um embotamento, mas ainda assim muitas vezes ela é dotada de modos de expressão que são ou contém a potencialidade de serem ativos, mobilizadores.

Produto eminente das relações sociais, o estranhamento é, assim, essencializado ao sujeito, não servindo apenas como um rótulo, mas como um estigma que reduz sua amplitude identitária, restringindo suas potencialidades, silenciando e excluindo. O louco é, assim, alguém que, familiar ou distante, transmutou-se no estranho, passando a ter como sina o sofrimento e a errância, seja em seus caminhos ou mesmo dentro em si mesmo.

Se tomada assim - como algo familiar que agora comparece de uma maneira bem diferente, estranha - a loucura tem conseqüências nas mais diferentes esferas relacionais do sujeito. O psicólogo e militante antimanicomial Jacques de La Haye descreveu bem alguns possíveis impasses:

Se buscarmos analisar por que o doente mental causa tantos problemas, faz-se necessário que interroguemos a nós próprios. O que nos perturba? De que temos medo? Em um primeiro grau, a estranheza das mímicas, dos gestos, dos atos e dos discursos do alienado pode explicar nossa resistência e nossas angústias. Alguém que faz grandes gestos parasita nosso meio. Se fala demasiado alto, fatiga-nos. Se faz esgares ou manifestações inestéticas, inquieta-nos. Se é brusco, começa a nos causar medo e se, confrontado com a nossa incoerência especular, torna-se violento, ficamos apavorados (La Haye, 2006, p.94).

A loucura pode ser considerada, assim, como um acontecimento na vida do sujeito que - relacionado ou não à modificações em sua saúde, que geralmente são ocasionadas por uma transformação nos hábitos e no autocuidado - refere-se sobretudo a mudanças em seu posicionamento diante do outro, acompanhadas por alterações em si mesmo, em seus modos de expressão, de organização das idéias, de ação, de desejar, de sentir, de interagir, que se relacionam, de maneira complexa e não causal, com distintos aspectos das diferentes esferas em que o sujeito vive, em que constrói seus sentidos, sua subjetividade.

Muitas dessas modificações tematizam questões existenciais centrais do sujeito, que invadem sua vida com uma força avassaladora e muitas vezes destrutiva, seja pela forma como se configura emocionalmente, seja pelo encadeamento dos fatos de sua história de vida.

Na complexa intersecção entre diferentes experiências vivenciais dos sujeitos, em nossa cultura, parece haver o que podemos conceber como uma espécie de ponto de ruptura, uma espécie de crise, um momento de transformação existencial que pode prolongar-se ao interminável, produzindo tempos que geralmente são acompanhados por um processo de intenso sofrimento e desamparo, o que maioria das vezes acaba por tornar-se a justificativa última para intervenções que podem chegar a abolir e suspender absolutamente qualquer marca de autonomia dos sujeitos.

Geralmente trata-se de um momento onde o sujeito, através de complexas experiências, descobre sobre si ou sobre a vida, algo novo, muitas vezes intolerável, a partir do qual se vê forçado a ressignificar ou mesmo desintegrar algo que lhe era muito essencial. Aqui encontramos o sofrimento psíquico como sendo uma possibilidade da loucura, pela maneira como esta rompe com as normas sociais e fere as relações com as pessoas, assim como pelos conteúdos que ela desperta.

Um filho não desejado, a vontade de pôr fim à própria vida (rompendo com um tabu essencial de nossa sociedade), a desconfiança de tudo e de todos, um medo muito intenso de que algo aconteça, a percepção de que o mundo é muito maior e diferente do imaginado... são elementos ou temas problemáticos que, numa lógica não causal, despertam outras formas de relacionamento com o mundo, outras articulações de sentido, um outro *modus operandi* comportamental, outras vias de razão, uma outra lógica relacional, uma outra percepção – por vezes fantástica – sobre si mesmo, o outrem e o mundo... que, na maioria das vezes, não encontra amparo nas convenções sociais, na moralidade familiar, nas normas de convívio comunitário, nas diferentes religiosidades.

A loucura é, assim, descabida, porque não se exalta nos espaços sociais propícios e provisórios que seriam destinados a apaziguá-la, não escolhe um tempo certo nem uma medida aceitável, não fala com quem não esteja honestamente disposto a lhe ouvir, não dialoga segundo as regras formais das conversações, tampouco obedecendo à linguagem falada. Não tem pudores. Mas sempre vê e interage com o outrem e, mesmo que não lhe reconheça exatamente, ou muitas vezes não lhe suporte, permanece sensível à maneira pela qual este se apresenta.

La Haye fala sobre o medo arcaico como sendo uma possível forma de reação no contato com a loucura:

De fato, observamos que a primeira característica de uma pessoa louca, em geral, é realizar atos, gestos ou expressar palavras que causam medo ao outro. Sem dúvida tememos ser agredidos. Provavelmente reencontramos o medo de ser golpeados, violados ou mortos... Todavia, vendo isso de mais perto, observamos que se trata de um medo mais arcaico e que ele se junta às raízes de nossa identidade. Ante o louco, acabamos por duvidar de nossa razão. Já não sabemos quem somos. Perguntamo-nos se as referências que lentamente construímos com o passar do tempo são confiáveis. Duvidamos de nós próprios: o que cremos ser nossa verdade é posto em dúvida, e corremos o risco de mergulhar no pavor, aquele que justamente observamos no louco: ‘Quem sou?’, ‘Por que sou assim?’, ‘O que vou fazer?’, ‘O que vai acontecer comigo?’. Reencontramos as constantes do ser humano: a angústia, o desespero, a depressão, o medo ou o desejo de morrer (La Haye, 2006, p.14).

A loucura coloca em suspensão referenciais identitários relativamente estáveis, tendo sido, historicamente, relacionada à noção de doença mental. Ao analisar suas dimensões psicológicas, Foucault (1984) mostra como a psicologia do século XIX ressaltava principalmente os fenômenos negativos da patologia, ou seja, as funções abolidas: amnésia, incapacidade de situar-se no espaço-tempo, o enclausuramento no instante, desorientação da consciência, fragmentação, etc. Dessa maneira, deixava de lado os fatos positivos, como a acentuação de automatismos verbais, a invasão da linguagem interior (considerada desordenada e sem endereçamento), reações emocionais intensas, etc.

“De fato, a doença apaga, mas sublinha: abole de um lado, mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenchê-lo” (Foucault, 1984, p.24).

Essa perspectiva desenvolvida por Foucault abre um outro leque de possibilidades na investigação dos fenômenos psicológicos da loucura, por considerar os aspectos positivos como foco importante de análise. Mas não consegue em sua continuidade, no entanto, ir além de uma visão que os encerra como parte de um processo de adoecimento.

Considera que as funções positivas e as negativas não são de mesmo nível: as primeiras, conservadas e acentuadas, são consideradas simples; e as últimas, as desaparecidas, são tomadas como complexas.

A síntese complexa do diálogo é substituída pelo monólogo fragmentário; a sintaxe através da qual se constitui um sentido é quebrada, e só subsistem elementos verbais dos quais escapam sentidos ambíguos, polimorfos e lábeis; a coerência espaço-temporal que se ordena no aqui e agora desmoronou-se, e só subsiste um caos de aqui sucessivos e de instantes insulares. Os fenômenos positivos da doença se opõem aos negativos, como o simples ao complexo (Foucault, 1984, p.24).

Se for mesmo possível observarmos nos sujeitos funções que desaparecem e outras que são ressaltadas, e as colocarmos na oposição positivo x negativo, o mesmo não pode ser feito no que diz respeito à complexidade de tais funções.

Um monólogo fragmentado, os sentidos ambíguos e o caos na percepção espaço-temporal também são, necessariamente, complexos, por serem funções geralmente alteradas segundo importantes desdobramentos da vida do sujeito, na encruzilhada dos acontecimentos, tendo profunda relevância simbólica. São dotados de uma inteligibilidade muitas vezes oculta, mas respaldada numa simbologia desviante, numa organização alternativa.

Essas manifestações – mesmo sendo aparentemente caóticas, repetitivas ou automáticas – não são desprovidas do que concebemos como sentido subjetivo. Um cacoete, uma palavra que se repete, um neologismo com semelhanças, uma apologia que parece absurda, uma lembrança que

sempre se perde, um passado invasivo, um tempo que se confunde, o lugar vazio no outro lado de um monólogo... Não se trata de buscarmos as causas objetivas, em uma lógica mecanicista, de cada uma dessas manifestações. E nem que haja uma consciência oculta em cada um desses gestos, esperando para ser desvelada. Mas o sentido subjetivo pode emergir, em um outro momento, em uma outra relação, em uma outra posição na escuta. Mesmo que fugidia, há na maioria das vezes uma emocionalidade relacionada ao aspecto simbólico expresso, mesmo que fragmentado. Há uma imagem que escapa, perdida na neblina, mas com o tempo certo, com o clima certo, é possível que a vislumbremos, ou que esta nos seja mostrada.

A doença mental, desta maneira, não pode ser considerada como ausência da produção de sentidos subjetivos. Não é - dentro da perspectiva que pretendemos construir - negativa, não é pautada pela ausência. Os sentidos subjetivos são sim gerados e não de uma maneira adoecida, nem de um modo negativo, errado ou insuficiente. São apenas expressos de um modo diferente, que escapa aos sistemas simbólicos hegemônicos, à linguagem comum, ao normativo. E se também escaparmos por entre as brechas de uma visão mecanicista e nos esforçarmos pelas vias da complexidade, notaremos que não se organizam de uma maneira tão diferente, que o distanciamento está, majoritariamente, na nossa estranheza, no nosso olhar.

Não foram raras as vezes, nas ciências humanas, em que a maneira de ser considerada anormal foi reduzida e tomada como simplória. O antropólogo estruturalista Levi-Strauss, em sua introdução à obra de Marcel Mauss, escreveu num momento em que discutia a psicopatologia:

É da natureza da sociedade expressar-se simbolicamente nos seus costumes e nas suas instituições; pelo contrário, as condutas individuais normais nunca são simbólicas por si mesmas: elas são os elementos a partir dos quais se constrói um sistema simbólico, que não pode ser senão coletivo. São apenas as condutas anormais que, porque des-socIALIZADAS e de algum modo abandonadas a si mesmas, realizam, no plano individual, a

ilusão de um simbolismo autônomo. Dito de outra maneira, as condutas individuais anormais, num grupo social dado, alcançam o simbolismo, mas num nível inferior e, se assim se pode dizer, numa ordem de grandeza diferente e realmente incomensurável àquele em que se exprime o grupo. É portanto ao mesmo tempo natural e fatal que, simbólicos por um lado e traduzindo por outro (por definição) um sistema diferente do do grupo, as condutas psicopatológicas individuais ofereçam a cada sociedade uma espécie de equivalente, duplamente diminuído (porque individual e porque patológico), de simbolismos diferentes do seu próprio, ao serem vagamente evocadores de formas normais e realizadas à escala coletiva (Levi-Strauss, 1989, p.15-16).

Se as condutas individuais tomadas como anormais se desviam das normas expressas nos costumes e salvaguardadas pelas instituições, e o fazem em parte pela linguagem, é porque ainda a têm como referência, mesmo que para subvertê-la, para utilizá-la com novas formas. E se o desvio é marcante, chegando a ser des-socializado – processo que não ocorre unilateralmente (isto é, por vontade intrínseca à conduta), mas como consequência das interações – sua evocação é contrária, mas não é, em si, vaga. Não apenas por suas consequências, mas por seus próprios conteúdos, que modificam os códigos vigentes e os transformam, os re-significam, a partir de uma vivência singular. Como nós mesmos, pretensamente normais, fazemos, amparados em uma sociabilidade que nos integra, ao invés de nos excluir.

As modificações no simbolismo, realizadas em nível individual, são operações criativas do sujeito na linguagem, não podendo ser definidas como vagas à priori, apenas por suas consequências no plano das relações sociais. Elas não ocorrem de uma maneira natural, em uma convergência com o costume, mas são construídas socialmente, mesmo que pela ruptura, pela contradição. A diferença entre o que seria normal e o patológico pode, assim, ser transposta pela socialização dessas transformações simbólicas, processo plenamente possível de acordo com as

estratégias relacionais de uma dada cultura, ou seja: a maneira como ela lida com a diferença, com as inovações.

Tampouco são inferiores, por desviarem-se gerando um sistema diferente, singular, que embora individual, e eis seu encargo solitário, pode nos ensinar muito sobre os processos variantes da linguagem e sua relação com a história de vida do sujeito, num contexto de relações. Muitas vezes caótico ao primeiro olhar, pode revelar particularidades organizadas em configurações de sentido, que articulam significados dispersos associados com uma emocionalidade, algumas vezes latente, outras gritante.

Assim, podemos aprender com a loucura como nos construímos simbolicamente durante nossa vida e como, diante de alguns percalços, essa construção pode ser desestabilizada, modificada. Pode nos ensinar, também, como viver no mundo de outras formas, utilizando outras vias de expressão, quem sabe encontrando novas maneiras de se relacionar com o outro, mais abertas, menos neurotizantes, menos violentas. A loucura traz um sofrimento muito intenso, mas tem em si a semente de uma vida com mais autenticidade. E carrega a força para uma luta justa por mundo que não seja tão opaco e opressor, sem muitas das coisas que nos limitam e nos pressionam homeopaticamente, dia após dia.

Cirlene de Gogoy, representante dos familiares do Movimento de Luta Antimanicomial, expressou essa possibilidade, da maneira que só alguém que convive com a loucura e milita por sua libertação poderia fazer:

Nós, que convivemos cotidianamente com seres humanos tão particulares, aprendemos a encarar os comportamentos estranhos, diferentes, os momentos críticos, com mais tolerância e criatividade. Com certeza, isso nós temos a ensinar para o restante das pessoas. E perguntamos: será que haveria tanta discriminação, tanta violência no mundo,

se houvesse mais tolerância em relação a tudo que é estranho e diferente? (Godoy, 2003, p.59).

Capítulo II – O manicômio e suas funções

“Depois da porta, há o mundo” (Isaac).

O manicômio é modo principal pelo qual nos relacionamos, historicamente, com a loucura. Nesta parte, pretendemos desenvolver uma compreensão sobre alguns aspectos do manicômio, sua lógica, sua função, sua organização. Para isso, discutiremos alguns conceitos trazidos por Michel Foucault, expostos sobretudo em sua obra “O Poder Psiquiátrico”, a partir dos quais buscaremos desenvolver uma análise própria.

Logo em uma de suas primeiras aulas, Foucault aponta algumas diferenças com relação ao seu trabalho anterior, “História da Loucura”. Parece importante apontar algumas destas modificações e nos posicionarmos diante delas, pois assim podemos delinear o foco da análise que pretendemos desenvolver.

A primeira delas é que, ao invés de fazer uma análise das representações, das imagens que compunham a percepção sobre a loucura na idade clássica, seu interesse presente seria o de fazer uma análise anterior, arqueológica, dos dispositivos de poder como geradores de práticas discursivas e, conseqüentemente, dos núcleos de representação.

Assim, Foucault enfatiza a capacidade produtora do poder, que, em sua visão, se organiza em termos táticos e estratégicos, antes mesmo de se enunciar enquanto um discurso de verdade, antes mesmo de gerar representações.

Consideramos fundamental esse primeiro deslocamento do foco de sua análise, pois é então que a questão do poder pôde ser desenvolvida e aprofundada, sendo apontados os meandros de seu desenvolvimento histórico. Mas pensamos que a relação poder - discurso - representação se dá de uma maneira complexa nos espaços concretos, como o de um manicômio. Dentro do

enfoque contextual que buscaremos desenvolver - que se difere de uma larga análise arqueológica ou genealógica - não há como estabelecer uma prioridade, uma ordem que não seja mais que didática, pois os elementos dela transitam concomitantemente, em uma interação mútua e dialética que é sempre produtora. O poder produz representações, mas estas, por suas vez, também produzem poderes. E o mesmo se dá com o discurso. Assim, o inverso também nos parece importante, ou seja, a maneira pela qual novas representações sobre a loucura (ou sobre um louco) são lançadas a cada momento, a cada situação, e assim novas estratégias de poder são desenvolvidas, assegurando-se em um discurso de verdade. Por isso é que partimos, no capítulo anterior, de representações da loucura e da doença mental, para agora discutirmos como agem os instrumentos coercitivos.

Em seguida, Foucault se mostra crítico a três noções que havia utilizado. Discutir cada uma delas nos parece importante, pois utilizaremos pelo menos duas delas largamente em nossa análise.

A primeira, a noção de violência, lhe parece arriscada por dois motivos principais: deixar subentender que o poder que não é violento também não é físico, sendo que todo poder, em última instância, toca o corpo; permite supor que a violência poderia ser desenfreada e desequilibrada, fugindo da meticulosidade da ordem asilar.

A segunda noção é a de instituição que, segundo Foucault, “neutraliza as relações de força ou só as faz atuar no espaço que ela define” (2006, p.19). Aqui, Foucault parece entender que uma análise que se centre na instituição pode a ela limitar-se, perdendo de vista os jogos de poder que são anteriores e fundamentais.

Tenho a impressão, aqui também, de que o momento da instituição não é prévio a essas relações de poder. Isso significa que não é a instituição que determina essas relações de

poder, como tampouco é um discurso de verdade que as prescreve, como tampouco é o modelo familiar que as sugere (Foucault, 2006, p.33).

Assim, conclui:

O importante, portanto, não são as regularidades institucionais, mas muito mais as disposições de poder, as redes, as correntes, as intermediações, os pontos de apoio, as diferenças de potencial que caracterizam uma forma de poder e que, creio, são precisamente constitutivos ao mesmo tempo do indivíduo e da coletividade (Foucault, 2006, p.20).

E a terceira modificação diz respeito ao enfoque que toma o modelo familiar como base para entendimento da instituição asilar, que por sua vez seria uma parte do aparelho estatal de controle.

Enfim, sintetiza:

Logo, em vez de violência, eu preferiria falar de microfísica do poder; em vez de falar de instituição, preferiria procurar ver quais são as táticas que são postas em ação nessas forças que se enfrentam; em vez de falar de modelo familiar ou de ‘aparelho de Estado’, o que gostaria de procurar ver é a estratégia dessas relações de poder e desses enfrentamentos que se desenrolam na prática psiquiátrica (Foucault, 2006, p.21).

Não temos discordância quanto à questão de abandonar modelos que remetem ao sistema familiar ou mesmo estatal, embora reconheçamos a importância de ambos os sistemas. Acreditamos que elas se dêem mais em outra ordem, possivelmente a das representações, no caso familiar, e no nível político, no caso estatal.

Já a violência é uma noção fundamental em nossa análise. Nesse ponto, nos aproximamos mais da visão de David Cooper, que afirma:

No cerne do nosso problema está a violência. (...) Se se quer falar de violência em psiquiatria, a violência que brada, que se proclama em tão alta voz que raramente é ouvida, é a sutil, tortuosa violência perpetrada pelos outros, pelos ‘sadios’, contra os rotulados de loucos. Na medida em que a psiquiatria representa os interesses ou pretensos interesses dos sadios, podemos descobrir que, de fato, a violência em psiquiatria é preeminentemente a violência da psiquiatria (Cooper, 1982, p.31).

Falar em manicômios é falar em violência. Se há algo comum e substancial nesses dispositivos criados para lidar com a loucura, é a violência da qual eles se utilizam. Intrínseca à sua lógica, fundamental em suas práticas. Portanto, longe de ser desenfreada, ela é precisa, cirúrgica - tanto quando se estabelece através de uma simbologia que rechaça, exclui, como quando efetivamente chega ao corpo. E se todo poder chega ao corpo, toda violência lhe atravessa, lhe invade. A violência é, assim, uma interação calculada dos poderes em uma intervenção invasiva, onde não existem bases de contrato ou consentimento, mas uma imposição - um prevalecer pressuposto - que elege a força física como instrumento privilegiado.

Acerca da análise da instituição, Foucault chega a afirmar: “Sejamos bastante antiinstitucionalistas. O que me proponho este ano é mostrar a microfísica do poder, antes mesmo da análise da instituição” (2006, p.41).

Da mesma maneira, não polarizaremos uma análise institucional a uma da microfísica do poder. Estamos interessados nas manifestações do poder, da violência, dentro de uma instituição, onde esses mesmos jogos ganham outras propriedades, entre as paredes de um manicômio, um lugar com uma arquitetura específica, um regulamento interno, uma rotina. Embora transcendam os muros de uma instituição específica, os jogos de poder não se desprendem de maneira independente de algo que seja da ordem da instituição, da maneira como a disciplina se consolida nas práticas cotidianas de um manicômio.

Acreditamos que as relações em uma instituição manicomial têm características específicas que derivam, essencialmente, das interações cotidianas particulares, marcadas pelo poder disciplinar, e que se manifestam indistintas a uma certa institucionalização. Pensamos que existem diversas forças que percorrem verticalmente uma instituição, tocando todos os atores, sendo moldadas em seu cotidiano, amparadas em suas regras: é o que chamamos de institucionalização. Pode também ser entendida como uma cristalização de determinadas práticas internas de controle, portanto, táticas.

O manicômio, como instituição é, assim, um incremento das relações de força, que não circunscreve seus limites, mas os amplia, difunde. É, pela internação, parte enclausuramento; mas também é, pela marca que cria nos sujeitos, parte difusão.

Um dos principais conceitos pensados por Foucault, fundamental para compreender como funciona a psiquiatria asilar, foi o de poder disciplinar.

A hipótese que eu gostaria de propor é que existe em nossa sociedade algo como um poder disciplinar. Com isso entendo nada mais que uma forma de certo modo terminal, capilar, do poder, uma última intermediação, certa modalidade pela qual o poder político, os poderes em geral vêm, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, a maneira como todos esses poderes, concentrando-se para baixo até tocar os próprios corpos individuais, trabalham, modificam, dirigem o que Servan chamava de ‘fibras moles do cérebro’. Em outras palavras, creio que o poder disciplinar é certa modalidade, bem específica da nossa sociedade, do que poderíamos chamar de contato sináptico corpo-poder (Foucault, 2006, p.50).

Esse poder teria surgido no interior de comunidades religiosas e logo depois se espalhado para outras esferas da vida social, como nas escolas, no exército e nas fábricas. Através de uma

oposição entre o poder disciplinar e o que lhe precedeu historicamente, o poder de soberania, Foucault descreve as principais características desse poder.

Parece-me que o poder disciplinar pode se caracterizar em primeiro lugar pelo fato de implicar, não em uma coleta com base no produto ou numa parte do tempo, ou em determinada categoria de serviço, mas por ser uma apropriação total, ou tender, em todo caso, a ser uma apropriação exaustiva do corpo, dos gestos, do tempo, do comportamento do indivíduo. É uma apropriação do corpo, e não do produto; é uma apropriação do tempo em sua totalidade, e não do serviço (Foucault, 2006, p.58).

Essa idéia do poder disciplinar como apropriação total enfatiza o seu caráter de regime, de uma espécie de condicionamento, permitindo o que ele chama de “remanejamento em profundidade das relações entre a singularidade somática, o sujeito e o indivíduo”. Marca o ponto onde o poder avança, passando de meramente estabelecer normas para os modos de ser, para empenhar-se em agir neles próprios, modificando não apenas alguns aspectos, mas as pessoas em si.

O poder disciplinar não é descontínuo, ao contrário, ele implica em um processo de controle contínuo; no sistema disciplinar, não se está à eventual disposição de alguém, está-se permanentemente sob o olhar de alguém ou, em todo caso, na situação de ser olhado (Foucault, 2006, p.59).

Essa visibilidade absoluta, em um sistema de controle panóptico como o descrito por Foucault, utiliza-se de maneira eficaz de uma espécie de olhar pressuposto, gerando a sensação de que alguém está sempre vigiando. Assim, se alguém pode estar sempre vigiando, se não conseguimos ver quem está por detrás do espelho ou olhando pelas câmeras, há uma tendência de comedimento, de autocontrole.

“O poder disciplinar olha para o futuro, para o momento em que a coisa funcionará sozinha e em que a vigilância poderá não ser mais que virtual, em que a disciplina, por conseguinte, tornar-se-á um hábito” (Foucault, 2006, p.59).

Assim, uma das características centrais do poder disciplinar é a sua capacidade de individualização, de controlar e modelar os corpos buscando sempre agir sobre a vontade. O poder disciplinar é, em termos mais simples, o controle e a vigilância agindo pela ritualização da vida.

O manicômio, na maneira como entendemos o seu papel dentre os diferentes espaços de normatização da sociedade, é uma instituição que centraliza essencialmente e se organiza em torno de processos punitivos. Estes não são apenas uma função ou instrumentos dentro da lógica manicomial, mas a essência dela própria. O manicômio é um espaço social de punição ao qual são encaminhados aqueles que cometem delitos geralmente leves, que atentam ao costume.

Como apontou Agostino Pirella:

Uma das normas mais tenazes e mais autodefensivas é a que diz respeito ao destino do doente mental em nossa sociedade. O doente mental não pode ser tolerado na sociedade. Sua maneira de apresentar-se e de viver deve ser escondida e reprimida. (...) A infração à norma do ‘viver civil’ deve ser punida com uma forma específica de reclusão e com terapias terríveis ou degradantes. A realidade do hospício constituía – e continua constituindo, em grande parte – uma estrutura punitiva muito eficiente, com laivos de horror que nem sempre são evocados (Pirella, 1985, p.177).

Podemos dizer que o manicômio faz parte das instituições tipicamente disciplinares, com uma diferença: não tem por função essencial instaurar uma lei, ou ressaltá-la, mas tão somente punir aqueles que dela se desviam. É uma instituição violenta (como definiu Basaglia), essencialmente punitiva. É, por assim dizer, de um tipo mais próximo - pela forma de

organização, pela disposição espacial e pela rotina que estabelece - a uma instituição de tipo prisional do que hospitalar, sendo a junção de diferentes elementos de ambas.

Uma instituição de característica prisional é, em todos os seus aspectos, um espaço de violência. Nesse sentido, o manicômio é um espaço que não apenas comporta mas desenvolve diferentes tipos de violência e intima os distintos atores de seu cenário a praticá-la. E toda violência funciona de maneira verticalizada, ou seja, contra os sujeitos, os loucos; e encontra alguma legitimidade, mesmo que última, no discurso que paira dissimulando a lógica manicomial. Essa lógica, que nunca se enuncia, é a de sua prática exaustiva. Não é, em termos concretos, uma prática de exceção ou de excesso, mas o trato essencial. O manicômio é, portanto, e por excelência, o centro privilegiado de eliminação da diferença.

A sua finalidade é a de punir os modos de ser desviantes, mas não de uma maneira corretiva, enunciando uma lei e modelando os corpos pela disciplina, não possui conteúdo ou normas propositivas. Ele invade os corpos mas não para inscrever-se, somente para subtrair o que resta neles, para puni-los. Vem, em última instância, para perfurar o corpo, dominá-lo, tomar posse da integridade para desintegrá-la. Não reforma nos indivíduos, mas tão somente deforma suas potencialidades. Não lida com a norma especificamente – que dentro de um regime disciplinar se transformaria em uma lei, por vezes não enunciada – mas com a consequência de sua ruptura: uma marca, no corpo, inscrita na pele. Ele não aponta ou ressalta um conjunto de normas designadas, nem prescreve modos de ser, nem aponta rumos supostamente saudáveis e ordeiros. Não há, em um manicômio, uma proposta de remodelação ou uma pedagogia a ser colocada diante dos sujeitos. Não existem objetivos ressocializadores.

Thompson, falando acerca das instituições prisionais, aponta essa característica como sendo uma aparente contradição:

A rigidez da disciplina – preço alto que se paga pela segurança – traduz-se na supressão do auto-discernimento, da responsabilidade pessoal, da capacidade de iniciativa, do auto-conceito favorável do paciente. A antinomia de uma operação dessa natureza com uma terapia ressocializadora resulta evidente, se consideramos que a última requer o encorajamento ao auto-respeito, ao senso de responsabilidade, à autoconfiança, ao espírito de independência e criatividade (Thompson, 1998, p.99).

Suas táticas são o medo e o abandono. O medo é exercido pelo que pode ser considerado, num espaço de violência, a ampla violabilidade dos corpos. Isto quer dizer, em outras palavras, que o manicômio é um espaço social onde há a absoluta suspensão dos direitos do louco sobre si mesmo, seu corpo, seu pensamento, seu destino. Isso produz a sensação – virtual ou efetiva, sendo concreta na maioria dos casos – de que, dentro daquele espaço, qualquer coisa pode ser feita contra ele, e que pode permanecer ali o tempo que for designado.

Já o abandono, não é apenas isolá-lo e privá-lo do convívio social, mas gerar um espaço onde ele é largado à mercê de sua própria sorte. O que não significa apenas deixá-lo dentro de um sistema onde as carências são propositalmente geradas, mas sobretudo possibilitar uma sensação de solidão e dependência absoluta. É potencializar um desamparo gerado pelas condições existenciais do sujeito até o ponto onde haja desespero, criado não apenas por um conjunto de privações, mas pela sensação de estar irremediavelmente perdido.

É uma instituição cujo sentido reside em criar artifícios de impedimento, de encerramento das alternativas subjetivas, de eliminação do modo de ser. Esses artifícios de impedimento não se amparam somente nas restrições – a impossibilidade de sair, de ter objetos pessoais, contatos constantes – mas sobretudo, e isso não é gratuito ou coincidente, numa ociosidade propositalmente orquestrada, numa rotina que, sob o pretexto da segurança, não comporta atividades diversificadas, envolventes, livres.

Como bem descreveu Jacques de La Haye:

Não falemos do paciente. Ele não tem nenhum direito. Carrega o diagnóstico sem conhecê-lo. Não sabe por que está hospitalizado. Não conhece os medicamentos que lhe são administrados. Não tem o direito de consultar seu dossiê: segredo médico. E não sabe quando sairá, se é que sairá algum dia (La Haye, 2007, p.77).

A estratégia manicomial é a de utilizar diferentes dispositivos que impeçam o desenvolvimento de alternativas subjetivas, fazendo com que ao sujeito só reste reerguer-se pela submissão à norma. Essa submissão é a resultante de um conflito histórico chave entre a loucura e o poder psiquiátrico, onde a norma sempre foi intensificada como realidade ao sujeito louco.

Como bem mostrou Foucault, em sua definição de poder psiquiátrico:

“O poder psiquiátrico é esse suplemento de poder pelo qual o real é imposto à loucura em nome de uma verdade detida de uma vez por todas por esse poder sob o nome de ciência médica, de psiquiatria” (Foucault, 2006, p.165).

Foucault chamou de primeira manobra da operação psiquiátrica a imposição da vontade suprema e moral do psiquiatra na busca da quebra dos desejos e vontades da loucura (Foucault, 2006).

O aniquilamento dos desejos desviantes é o primeiro nuance de um conflito que se instaura no espaço asilar. Este conflito constante, ou microfísica do poder, é correlato a um processo de dessubjetivação, que dificulta o surgimento de alternativas de sentido subjetivo frente às circunstâncias de vida do sujeito assim como às mais variadas situações de seu internamento. Algumas características específicas deste processo merecerão maior atenção no próximo capítulo.

O resultado de ambos os processos é a desumanização do sujeito, num espaço onde é possível se fazer de tudo com ele, reduzido a nada. Nesta redução, é demarcada a segunda função essencial do manicômio: a da exclusão. Encarcerando o sujeito e lhe marcando, pela violência, o

manicômio diz ao sujeito: não és humano, não és como nós, és um doente, não há lugar seguro para ti em nossa sociedade.

O manicômio tem como função essencial dizer ao sujeito que este não é mais o mesmo, que não pertence mais à sociedade e tampouco a si mesmo, em virtude de sua suposta doença. Um espaço de aniquilação e suspensão, mesmo que provisório, do ser, dá um recado claro ao sujeito: “seja qual for o seu contexto, seja qual for sua situação, agora sempre estarás a nossa mercê. Se voltar a ser como era antes, e lhe afirmamos que nunca deixarás de ser o que era, voltará para nós”.

Dessa forma, de maneira correlata operam os processos de desintegração e desagregação do sujeito.

A experiência manicomial é, portanto - além de uma medida punitiva - semelhante a um enorme ritual de exclusão, onde através da violência é mostrado ao sujeito a consequência de sua desintonia com as normas sociais.

O antropólogo Pierre Clastres escreveu sobre rituais de iniciação, que em diferentes tribos, servem para demarcar a lei na passagem para a vida adulta. Utilizaremos algumas de suas descrições para ilustrar como acreditamos que o manicômio se utiliza da violência e funciona como um marco da exclusão social do sujeito considerado louco.

O ritual de iniciação é uma pedagogia que vai do grupo ao indivíduo, da tribo aos jovens. Pedagogia da afirmação, e não do diálogo: é por isso que os iniciados devem permanecer silenciosos quando torturados. Quem cala consente. Em que consentem os jovens? Consentem em aceitar-se no papel que passaram a ter: o de membros integrais da comunidade. Nada falta, nada sobra. E estão irreversivelmente marcados como tais (Clastres, 1990, p.129).

No manicômio, o ritual é uma antipedagogia, uma prática negativa, de subtração, não sustentada no diálogo, mas no interrogatório. Não há consentimento, o que é imposto é uma força, uma ordem asilar, para marcar no sujeito o seu não pertencimento. Tudo lhe falta. E se suas marcas são reversíveis, não será assim com o estigma.

Assim se opera a terceira e última função manicomial, a qual o sujeito carregará para além de seus muros, para o resto de sua vida: a marca, o estigma como uma deterioração identitária. Será visto como doente e essa doença será um fantasma que lhe acompanhará pelo resto de sua vida, sempre espreitando seus passos, sempre servindo como justificativa para cada um de seus gestos, pensamentos ou emoções. Esse estigma de doente mental muitas vezes é interiorizado pelo sujeito, tornando-se um eixo por vezes rígido de suas auto-representações, um olhar do outro que acaba internalizado, mediando cada uma de suas experiências.

Como ressalta Goffman: “a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma idéia geral do que significa possuir um estigma particular” (Goffman, 1988, p.41).

Assim, podemos pensar que um objetivo essencial da lógica manicomial, amplamente ancorado no poder psiquiátrico, vai além de uma supressão dos desejos do sujeito: é o de gerar uma transformação identitária permanente no sujeito, pela falta, pelo estigma. Não se trata, unicamente, de ritualizar sua vida através de mecanismos de controle, mas sobretudo de puni-lo, para assim modificar, a longo prazo, seu próprio modo de ser, extinto no manicômio e reabilitado na sua re-inserção social, em seu pós alta. Dessa forma, o sujeito não é só marcado pelo estigma da loucura, mas agora registrado dentro um sistema de classificação social que lhe reconhece onde quer que vá. Assim, desde seu transporte, estudo e trabalho, ou seja, as atividades consideradas fundamentais da vida em sociedade, terão essa marca presente, esse estigma que passou a ser registro.

Capítulo III - Uma experiência

“Não sei bem, cheguei agora por aqui, mas pelo que vi eles podem fazer qualquer coisa”. (Isadora)

Este capítulo não tem como objetivo ser um relato denso de uma experiência em um hospital psiquiátrico, mas apenas desenvolver melhor temas importantes que se relacionam aos mecanismos manicomiais brevemente mencionados no capítulo anterior. Assim, trata-se de uma amostra de como atuam concretamente os poderes dentro de um manicômio, de como sua lógica marca a vida dos sujeitos e de como estes, ainda assim, encontram forças para seguir adiante.

Durante o segundo semestre de 2007 fiz parte de um grupo de estagiários graduandos do curso de psicologia do UniCEUB que atuavam no Hospital São Vicente de Paula (HSVP), em Taguatinga, como parte do estágio supervisionado curricular na área de Saúde Mental.

Os estagiários eram divididos em duplas e atuavam em diferentes áreas / serviços do hospital, ao longo dos dias da semana, fora os dias em que havia supervisão. Optei por atuar na internação, em dois dias diferentes, na segunda e na quarta-feira, no período vespertino.

O espaço físico

Em uma instituição de tipo prisional, o espaço físico – compreendido como a estrutura dos prédios, a disposição de seus blocos, seus compartimentos assim como todo o interior de suas dependências, os corredores, as portas, janelas, grades, etc. – tem uma importância fundamental, não apenas pela marca simbólica, mas por delimitar o espaço de vivência em reclusão como um

perímetro de segurança, restringindo contato com o externo, regulando possibilidades, determinando uma rotina, facilitando a vigilância e o controle.

O hospital é localizado no início da avenida Samdu Sul, próxima à região central de Taguatinga, a Praça do Relógio. É rodeado por residências, pequenos comércios e uma feira de produtos importados. Possui um prédio de ambulatório, outro de oficinas, um administrativo, um campo para esporte, uma lanchonete, um estacionamento e ao fundo o prédio da internação.

A internação do HSVP assemelha-se muito às instituições propriamente prisionais, mas com algumas características bem específicas, sobretudo em seu funcionamento. Passava por reformas durante o período de duração de meu estágio, uma na parte onde funcionava a ala feminina, outra na parte superior da estrutura do prédio.

O prédio é dividido em dois blocos quase simétricos (sendo que um estava inteiramente desativado, passando por uma reforma) separados por um setor central onde funcionam as salas das equipes, as de atendimento e uma recepção. Na parte da frente há um estacionamento que termina nas grades que cercam ambos os blocos, sendo que entre elas há uma rampa de cimento que conduz até a entrada única do prédio, a parte central onde fica a recepção.

O bloco situado à esquerda era o que estava ativo. Dividia-se em duas alas, a masculina e a feminina, de maneira que geralmente não há contato entre os sexos, salvo em algumas situações onde há alguma atividade que modifica a rotina. Em uma instituição deste tipo, as mais diferentes atividades – principalmente se realizadas em grupos – exigem sempre uma modificação na rotina em alguma medida, que geralmente implica em uma re-distribuição dos sujeitos no espaço, sendo esta uma das maiores dificuldades, um dos primeiros empecilhos a ser elencado para sua não-realização.

A ala masculina inicia-se em uma grade, que a separa do estacionamento, cercando a área verde. Essa área verde é um espaço com poucas árvores, solo de terra com bastante poeira e

pouca grama, que culmina em enormes portas de ferro verdes que dão acesso aos quartos. Estes são uns 6 compartimentos, relativamente grandes, todos sem portas, com apenas passagens que conduzem ao corredor da ala masculina. Esse corredor possibilita acesso a todos os quartos, seguindo horizontalmente da recepção até o refeitório ao final do bloco. Possui uma grande porta de ferro que dá acesso à recepção e outra - um pouco antes de sua metade - que leva ao espaço central, local onde permanece a equipe, os materiais, os prontuários, etc. Essa parte onde fica a equipe divide as duas alas simétricas, sendo cercada por dois corredores, o da ala masculina e o da ala feminina, que fica do outro lado.

A ala feminina possui uma área verde um pouco maior e melhor arborizada, que termina em uma grade aos fundos do hospital, voltado para uma rua de quadra residencial relativamente movimentada.

Estava funcionando, em suma, a seguinte disposição espacial: ala masculina (com área verde, quartos e corredor); espaço central da equipe; e a ala feminina (com corredor, quartos e área verde). Ao longo de todos esses compartimentos, à direita, ficava o setor central intermediário entre os dois blocos (este, que se encontra ativo e o outro, em reforma), composto por salas, recepção e entrada principal com rampa de acesso.

Havia seguranças que vigiavam as portas de acesso aos corredores de ambas as alas, a recepção e as grades da área verde masculina. A ala feminina tinha menor contato com os esses seguranças, pois não havia nenhum vigiando a parte externa da área verde feminina (que se encontra voltada para fora do perímetro do hospital). Apenas um fazia o controle da porta do corredor. Já a ala masculina tinha contato com dois seguranças (o do portão e o da recepção) e mais os que vigiavam a grade da área verde, pelo estacionamento.

Havia também um policial militar que geralmente permanecia posicionado próximo à recepção, interagindo com os seguranças. Fui informado que não era permitido a atuação policial

dentro de um hospital psiquiátrico, no entanto este foi quem protagonizou algumas das cenas violentas de contenção que presenciei. Mesmo tendo prontamente informado alguns destes fatos ao psicólogo supervisor e preceptor do estágio, para que mencionasse em suas reuniões com a diretoria, o policial militar permaneceu exercendo as mesmas atividades até o fim do meu estágio. A presença deste policial militar e a amplitude de suas atuações, chegando a intervir protagonizando com força e truculência em contenções (parte dos procedimentos reservados aos enfermeiros e técnicos), ilustra a proximidade do manicômio com um modelo disciplinar tipicamente prisional e punitivo.

O ambiente interno de ambas as alas é tipicamente similar ao de uma instituição prisional. Suas portas são de ferro maciço, verdes e pesadas, possuindo trancas externas, tendo também uma abertura na altura do rosto que permite ver ao longo do corredor. Este é longo e sinistro, de paredes altas, em um tom esverdeado, com uma iluminação artificial bastante fraca situada ao alto, sem iluminação natural. Permite o controle do fluxo de pessoas assim como o acesso irrestrito a todos os quartos e banheiros, que não possuem portas. Os quartos possuem de quatro a seis camas de ferro cada, com colchões; um banheiro, com pia, privada (sem assento), lixeira e chuveiro (sem eletricidade).

As instalações do HSVP são extremamente precárias, tendo sido condenadas pela vigilância sanitária e defesa civil. É um ambiente insalubre, com paredes repletas de infiltrações, portas enferrujadas, condições degradantes de limpeza. Essa precarização é outra característica não casual das instituições prisionais, fazendo parte da lógica punitiva e da estratégia de desumanização dos sujeitos. No entanto, apesar do estado precário e de uma larga história de violência, a preocupação urgente dos diferentes órgãos de direitos humanos que visitaram suas instalações nos últimos anos resume-se a duas pautas centrais: falta de medicamentos disponíveis e poucos psiquiatras.

O olhar público, dentro de instituições de tipo prisional, só está presente em momentos orquestrados, arranjados, e assim nunca alcança os sujeitos ou a realidade em que vivem. Geralmente é exercido burocraticamente, através de agentes próprios com interesses ambíguos.

O ambiente externo ao hospital é bem movimentado, tendo um fluxo relativamente grande de pessoas que circula diariamente, tanto no estacionamento interno, próximo a ala masculina, quanto na parte residencial por trás do hospital, próxima a ala feminina. Assim, os sujeitos internados acabam tendo contato com algumas pessoas transeuntes, do qual aproveitam sobretudo para conversar e negociar cigarros, que são, assim como em um presídio, a moeda interna. Na ala feminina não há vigilância alguma sobre esse fluxo de pessoas, ao contrário do estacionamento que possui seguranças e uma guarita para os automóveis. Este tipo de contato existente na área verde feminina gera com uma certa frequência episódios onde há ridicularização das mulheres internadas, por pessoas que passam xingando, ofendendo, etc.

As características de localização do HSVP e de contato com o ambiente externo diferem das de uma instituição prisional, que geralmente encontra-se afastada dos centros urbanos e possui um rígido controle do fluxo de pessoas e do contato com o meio externo, justificado pelo argumento da periculosidade e da segurança. Essa diferença concreta no trato com o louco e com o preso opera, para além dos argumentos mencionados, sob uma lógica punitiva marcada por uma característica fundamental no que tange à loucura.

A loucura, apesar de enclausurada e punida, deve ser, em alguma medida, exposta. O atentado brando ao costume não exige uma segregação radical do sujeito, ao ponto de torná-lo absolutamente invisível. A desrazão deve causar também comoção, piedade, ridicularização, solidariedade. A doença, por assim dizer, deve causar, em alguma medida, movimentos em prol da saúde. A loucura deve servir como um exemplo negativo a ser visualizado, como *memento mori* - não do perigo da quebra da lei, punida com a força impiedosa da justiça - mas do risco do

adoecimento, da transgressão do costume, do hábito, do modo de ser, da normalidade, punida com internação. Os loucos são trancafiados, nas palavras de um sujeito internado, “como pássaros em uma gaiola”.

Apesar do esquema de segurança, não há uma preocupação excessiva com a ocorrência de fugas. Na ala feminina nem sequer existem seguranças na área verde que possam evitar que as mulheres pulem a grade. Certa vez testemunhei uma tentativa de fuga de uma mulher que estava contida e visivelmente entorpecida pela medicação, a ponto de mal conseguir abrir os olhos. Ela alcançou o topo da grade e então tentou pular para o outro lado, mas acabou se desequilibrando e levando uma queda de forte impacto no solo, agravado por diversos arranhões que sofreu no contato com as grades e com algumas plantas que possuíam espinhos. Em seguida, levantou e atravessou a rua, quase sendo atropelada pelos carros, buscando adentrar a quadra residencial na proximidade. Estava tão desorientada que foi correndo em direção ao muro de uma casa, levando um choque tão forte com ele que alguns dos seus dentes se quebraram.

Um dos enfermeiros comentou que as tentativas de fuga são relativamente frequentes, mas que a população que reside em volta já foi orientada a acioná-los em caso de ver algum paciente com roupas do hospital. Assim, a mulher logo foi encontrada e trazida de volta, bem machucada, sendo medicada e amarrada na cama novamente. Durante este processo, alguns enfermeiros discursaram aos pacientes e estagiários presentes sobre a necessidade da contenção e a importância de se evitar as fugas dos pacientes. Acusaram uma senhora de ter desamarrado a mulher que tentou fugir, ameaçando-a de ser contida por isso, responsabilizando-a pelo incidente. As tentativas de fuga, são, assim, dificultadas pelo estado de entorpecimento em que se encontra o sujeito e, geralmente, acabam sendo convertidas em reforço à própria lógica manicomial, em justificativa para a internação.

O processo de internação

A maioria dos sujeitos com quem interagi no HSVP chegaram ao hospital de uma maneira semelhante: tiveram alguma espécie de contenda familiar ou causaram alguma espécie de distúrbio em público. Geralmente nesses casos os bombeiros são acionados e ao notarem algum descompasso no discurso ou algum tipo de desorientação, encaminham o sujeito à ala psiquiátrica do Hospital de Base ou ao HSVP. Há alguns, bem poucos, que se internaram voluntariamente. Outros foram internados diretamente pelos familiares por de alguma maneira ameaçarem a si mesmos ou aos outros, por atravessarem crises profundas de choro ou ansiedade, ou por passarem vários dias sem dormir ou se alimentar. O fato é, uma vez consolidada a história do sujeito dentro de uma abordagem psiquiátrica, por meio de uma internação, é marcado o seu destino como doente mental, sendo que qualquer situação em que este se envolva, até algumas relativamente brandas, terão como possível consequência alguma passagem por esses serviços.

A maioria dos sujeitos para lá encaminhados não permanece internada por muito tempo. Trata-se de uma política institucional implementada com o intuito de reduzir o tempo de hospitalização, que então alcançava cerca de 4 meses no máximo. O tempo geral de internação é de umas duas semanas, onde é avaliada sobretudo a resposta do organismo do sujeito à medicação, mediante alteração dos comportamentos e diminuição dos sintomas.

Szasz comenta, acerca da hospitalização psiquiátrica involuntária: “A prática de homens ‘sãos’ encarcerando seus semelhantes ‘insanos’ em ‘hospitais psiquiátricos’ pode ser comparada àquela de homens brancos escravizando homens negros. Em resumo, considero confinamento um crime contra a humanidade” (Szasz, 1980, p.111).

Esta comparação parece bastante pertinente, principalmente se levarmos em conta que geralmente os pacientes são de camadas sociais mais pobres, sem muitas condições de vida. A

maioria dos sujeitos internados é oriunda do entorno, encaminhada de serviços longínquos, periféricos. Há uma concentração orientada pela classe e pela cor dos sujeitos, sendo majoritariamente de populações pobres e negras.

O momento da internação geralmente é um momento tenso, onde o sujeito chega muitas vezes em um estado emocional alterado ou com alguma desorientação de consciência, precipitados pelo tipo de situação conflituosa que pode ter passado, tanto com as pessoas com as quais interagiu no momento de sua crise, como pelos agentes responsáveis por sua contenção e encaminhamento à unidade de saúde.

Geralmente chega amarrado em uma maca no interior de uma unidade móvel SAMU (ambulância), que acessa a internação atravessando o estacionamento e seguindo até a rampa, de onde é conduzido passando pela recepção para ser medicado logo adiante nas salas anteriores às alas. Nesta situação pouco pode fazer para evitar cada uma das etapas, sendo que até as tentativas mais polidas de evitar a internação são simplesmente ignoradas.

Lembro de ter acompanhado uma jovem neste processo, desde o momento em que chegou ao hospital, acompanhada pelos bombeiros, até sua internação efetiva. Eu estava próximo à ala masculina, conversando com alguém na área verde, quando percebi a chegada da SAMU transportando uma mulher, amarrada em uma maca.

A mulher estava bastante agitada e implorava aos bombeiros para que lhe ouvissem, tentando assim evitar ser medicada. Buscava de diferentes formas abordá-los e envolvê-los em algum diálogo, tentativas que foram frustradas diante da absoluta ausência de interesse e escuta.

Logo que tive oportunidade, me aproximei e pude compreender superficialmente o contexto: a mãe havia solicitado sua internação e estava transtornada, aos prantos, conversando com uma psiquiatra enquanto os bombeiros vigiavam do lado de fora sua filha, cercada pelo policial militar e alguns dos seguranças. Lembro de ter ouvido eles comentarem: “para trabalhar

aqui o sujeito tem que ser forte, troncudo, tendo um porte físico como esse mesmo” (referindo-se ao policial militar).

Aproximei-me dela e procurei me mostrar disposto a oferecer a escuta que lhe estava sendo negada. Ela solicitou que permanecesse com ela e assim o fiz durante todo o tempo. Ela foi medicada e contida pelos enfermeiros, que a deixaram em um dos quartos amarrada na cama. Permaneci conversando com ela e com outras pacientes até o momento em que adormeceu, em virtude da medicação tranqüilizante.

O momento da internação é uma das primeiras etapas no processo de dessubjetivação. O sujeito é preso contra sua vontade e logo que adentra a instituição é privado de seus pertences e de suas roupas, recebendo uniformes. Como nos mostra Goffman, na instituição prisional, durante a admissão, ele é revistado minuciosamente, tendo que expor seu corpo completamente para os agentes. No manicômio, a internação é um procedimento extremamente invasivo, no qual o sujeito é amarrado em uma cama e inevitavelmente é medicado, tendo uma agulha perfurando sua pele, penetrando seu corpo, com a medicação alterando profundamente seus sentidos. É o momento primeiro onde o sujeito compreende a inevitabilidade de sua internação e que, de agora em diante, a inviolabilidade e o autocontrole sobre o seu corpo estão em suspensão absoluta. Agora ele está nas mãos das pessoas de branco. (Goffman, 2003)

As pessoas de branco

A equipe do HSVP é composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais e seus auxiliares, assim como funcionários responsáveis pela limpeza e alimentação e seguranças.

Os profissionais que atuam de maneira mais recorrente na internação são os enfermeiros e técnicos em enfermagem. Os psiquiatras atuam em situações mais pontuais, mas no entanto tem poder decisivo sobre o tratamento e a alta do sujeito, representando assim a autoridade médica. Alguns psiquiatras possuem estudantes residentes, que os acompanham em rondas pelo hospital algumas vezes por semana. A visão de grande parte destes profissionais – que são os que produzem conhecimento, parcialmente ao modelo de uma clínica-escola – é dos pacientes como espécimes, arquétipos exóticos de uma espécie de patologia classificada sob sua nosologia. Assim, as pessoas internadas deixam de ser seres humanos para serem vistas como doenças vivas, encarceradas e submetidas à força da psiquiatria.

Presenciei algumas situações onde os pacientes eram confrontados pelo psiquiatra, que em ronda, cercado por seus residentes, expunha parte de sua sintomatologia e pontuava aspectos necessários da interação médico-paciente, do trato. Esses episódios são como que situações conflituosas espetacularmente produzidas com o intuito de servirem como demarcadores do poder da psiquiatria, sendo, nas palavras de Foucault, cenas: “Por cenas, não entender um episódio teatral, mas um ritual, uma estratégia, uma batalha” (Foucault, 2006, p.41).

Lembro de um psiquiatra que, cercados por residentes, intimava uma paciente que estava deitada, quieta, a pronunciar-se, repetindo “esta é a sua oportunidade de falar”, enquanto ela, visivelmente incomodada, se contorcia sobre a cama. Em outra ocasião, no mesmo dia, enquanto um técnico de enfermagem conduzia uma visita institucional, essa mesma paciente estava no canto, acuada, repetido constantemente: “eles estão rindo de mim”.

Na maioria das vezes, não há um psiquiatra fixo por paciente, sendo o acompanhamento feito em esquema rotativo e com base nas informações contidas nos prontuários. Estes contêm dados escritos pelos profissionais de diferentes áreas, sobretudo baseados na rotina hospitalar e na rápida avaliação médica. Mencionam a constância ou manutenção dos sintomas, a dosagem

das medicações, se o paciente está se alimentando direito e dormindo bem pela noite, se acabou envolvendo-se em brigas, etc. As poucas informações sobre sua história de vida - raras na maioria dos prontuários - são escritas pelas assistentes sociais e auxiliares.

A avaliação psiquiátrica geralmente é feita todos os dias, pela manhã. Poucos pacientes recebem algum tipo de acompanhamento psicológico. O contato com os assistentes sociais também é raro.

Os funcionários responsáveis pela limpeza e alimentação usam uniformes e todos os demais (com exceção dos psicólogos) usam jalecos brancos. O poder, dentro do hospital, se veste de branco, demarcando sua diferença com os demais, relembrando – pela lógica de suas práticas – não tanto a assepsia médica do hospital geral, mas sobretudo a higienização histórica da saúde mental do início do século passado, promovida aos moldes da eugenia.

A maioria dos funcionários evita ao máximo interagir com os pacientes das alas, permanecendo entrincheirados no espaço central e se movimentando na internação o mínimo possível, somente em situações necessárias. A porta que dá acesso ao espaço da equipe permanece trancada na ala feminina, sendo necessário um código de batidas com objeto metálico na porta de ferro para que esta seja aberta por dentro. Na ala masculina ela muitas vezes encontra-se aberta, tendo maior flexibilidade de trânsito e maior possibilidade de interação.

A fala dos sujeitos no HSVP é absolutamente desconsiderada. Seu conteúdo é colocado em descrédito a priori; sua voz e seus gritos são deliberadamente ignorados. Não se trata apenas de uma prática de silenciamento, pois na verdade não faz diferença se o sujeito está falando ou o que está dizendo. A eliminação do outro no diálogo, na relação, mediante práticas coercitivas, tem um objetivo mais drástico: sua desumanização.

Quando são analisadas as diversas práticas dentro de um manicômio, pelos diferentes profissionais que as executam, estas geralmente são investigadas de acordo com as exigências

técnicas que as justificam. Ou seja: existe um saber que legitima um conjunto de mecanismos que toca e invade o corpo dos sujeitos.

Dessa forma, parece que essas práticas, contextualmente, dentro de um sistema social, acabam no entanto ganhando uma outra funcionalidade. Esta visão pressupõe a técnica como legítima e sua aplicação como desvirtuada. O que esse ponto de vista ignora é que a aplicação contextual é, na verdade, e na maioria das vezes, anterior ao desenvolvimento técnico, o que significa dizer, em outras palavras, que artifícios de controle e punição que foram assim desde sempre ganharam uma nova roupagem mediante um avanço técnico, um refinamento de práticas que são, classicamente e funcionalmente, de força, de tortura.

Há um discurso produzido por fontes diferentes da ciência que vem legitimar práticas que lhe são anteriores, amenizá-las, investi-las de um poder técnico, gerando justificativas para sua aplicação dentro de um sistema de regras, amparando-as, por exemplo, como técnicas legítimas dentro de cursos de formação, com manuais de treinamento.

Basta observar como elas são levadas em prática para ver que o desvirtuamento, ou a ligeira modificação, imperceptível e escapável aos mesmos manuais, são modificações que remetem, na verdade, e historicamente, à praticas anteriores. Não há uma manha ou um macete que permita que atuem de um modo mais cruel. O que há é um manual que legitima a crueldade apresentando-a de uma maneira mais branda. Há um saber que transforma a tortura de sempre em tratamento, que se aproveita para refinar o que sempre foi violento lhe imputando uma necessidade, apresentando-o numa roupagem formal, como técnica.

As contenções são um exemplo perfeito disso. Funcionam no HSVP como uma técnica punitiva utilizada contra os pacientes que de alguma maneira desobedecem ou vão contra as normas da internação. Formalizada e legitimada enquanto um procedimento a ser utilizado sobretudo em situações de risco – onde o sujeito oferece ameaça a si mesmo ou ao outro – é por

excelência o instrumento de violência e tortura usado concretamente para punir e controlar as pessoas internadas. A mera ameaça de sua utilização geralmente é suficiente para conseguir que as pessoas façam o que é ordenado.

Contenção é o nome dado ao procedimento de amarrar o paciente na cama, pelos braços, pernas e também pelo torso, com o lençol passando pelo pescoço. Geralmente são feitas como que em um ritual de demonstração de poder, onde as pessoas de branco ordenam que o paciente deite-se na cama – mesmo este sabendo o que se passará a seguir – enquanto esticam as faixas utilizando as pilastras e enrolam os lençóis com movimentos bruscos no ar.

Para ilustrar sua utilização, vou contar o caso de uma senhora, que vou chamar de W., uma mulher negra, forte, com cabelos longos e grisalhos. Já tinha visto ela algumas vezes pelo corredor e me lembro que em uma das primeiras vezes ela estava despida, sem blusa, e me parou para pedir que conseguisse uma para ela, pois os enfermeiros insistiam em dizer que não havia mais uniformes do hospital disponíveis. A paciente com quem eu estava conversando resolveu o problema dela, conseguindo uma camisa que havia guardado.

Na vez seguinte em que a encontrei, W. estava contida sobre uma cama, e foi nesse momento difícil, humilhante, de desamparo causado, que conversamos melhor pela primeira vez. Aos prantos ela me contou que a haviam amarrado sem motivação apropriada, apenas porque havia ocorrido algum desentendimento com outra paciente e ela estava próxima, tentando intervir.

Há, como artifício de poder e regulação, o interesse de que a disciplina seja espetacularmente demonstrada de tempos em tempos, para sua reafirmação. As brigas entre pacientes não são casuais e nem partem unicamente deles: são resultados de um sistema de relações que, através da carência, é incentivado e perpetuado pelo manicômio como mais um

dispositivo de demonstração de poder e manutenção de controle, através de uma exaltação exaustiva das suas forças punitivas.

Aos pacientes - desprovidos de objetos pessoais e muitas vezes até mesmo dos de higiene - só resta recorrer a furtos pela madrugada, roubos explícitos ou a uma frágil negociação de trocas internas. Essa negociação, ao contrário dos ambientes prisionais, não se estabelece enquanto um sistema que segue uma lógica, uma hierarquia, uma ética. Em função da rotatividade dos pacientes, aliada às limitações organizacionais geradas pelas diversas carências e impedimentos instaurados no ambiente manicomial – que tem como consequência a inexistência da consolidação de um convívio interno, relativamente regrado – não há um sistema de relações estáveis. Tudo pode ser esperado. Assim, é fácil que haja contendas e desentendimentos entre os internos, e mais fácil ainda que a haja a intervenção do poder dos que vestem branco, que se dá de maneira brusca e obtusa, sem interesse de intermediar as relações, mas apenas de extingui-las através de uma punição totalitária e indiscriminada. Aqueles que possuem apoio da família depositam suas esperanças na visita diária das 15 horas, onde podem receber alguns poucos objetos dos seus familiares.

W. contou como havia chegado ao HSVP, que estava nas proximidades de uma igreja e foi tentar entrar para orar, tendo sido drasticamente mal recebida e discriminada pelos que lá estavam, ao que teve uma resposta agressiva que motivou a chamada dos bombeiros e sua consequente internação.

Estava perto dela em outra ocasião, quando estava sendo feita a distribuição do lanche. Ela deixou o iogurte cair no chão, o que foi interpretado pelo servente como um ato abusivo, de desrespeito, motivo para negar-se a entregar outro iogurte. Enfurecida, W. atirou ao chão a salada de frutas que estava comendo, deixando o funcionário ainda mais irritado, proferindo algumas ameaças. Uma das pacientes que observou a cena chamou W. e lhe cedeu seu iogurte, o que a

deixou tranqüila e feliz, então seguimos os três conversando sobre algum outro assunto. De repente, apareceu um enfermeiro, um homem bem alto, o mais forte da equipe, e a puxou pelo braço com fúria, levando-a até a sala onde faziam as contenções. Eu disse que achava aquilo desnecessário, mas nem sequer fui ouvido. Ele tomou o iogurte dela, arremessou a colher de plástico no chão e a pisoteou com força, estilhaçando.

Confesso que apesar da minha posição ser de estagiário, fiquei com medo naquele momento e me afastei um pouco, permanecendo do lado de fora da sala, no corredor. Em seguida, ouvi os gritos de W. e entrei na sala. O enfermeiro fazia a contenção de modo a torturá-la, esticando seu corpo e enforcando seu pescoço com o tecido. Enquanto W. estava aos berros ele olhou para a outra enfermeira que lhe auxiliava no procedimento e comentou: “comigo é assim, eu arrocho mesmo”. Fiquei ao lado de W. enquanto ele terminava de amarrá-la. “Você viu o que eles fazem com a gente aqui?”. Ela estava com algumas marcas roxas no corpo e me disse que ele deu alguns socos nela.

Um mecanismo do qual se utilizam muitos dos aparelhos repressivos é o do anonimato. Nas operações de rua mais violentas, os policiais retiram da farda a faixa de identificação. Assim não podem ser nem pessoalmente nem diretamente responsabilizados pelos atos de violência. No manicômio, não há um mecanismo que possibilite identificar apropriadamente os funcionários em seus jalecos brancos. E a identificação pelas características físicas ou pelos turnos acabam sendo vagas dentro da burocracia de um hospital. Lembro das pacientes em grupo, comentando quando estavam reunidas com outras estagiárias, que havia um enfermeiro – conhecido pelo sarcasmo com que tratava as atividades realizadas pela psicologia – que as agredia e que mentia seu nome para não ser identificado.

Além do corporativismo - que garante uma sensação de cumplicidade e segurança entre os que vestem branco para que não haja denúncias - existe outro fator maior que é garantia de

impunidade. Em um poder disciplinar, organizado em uma lógica burocrática, dificilmente alguém pode arcar com as conseqüências de seus atos. Há uma cadeia de comando inacessível e infinda, de responsabilidade fantasmagórica, onde ninguém arca com responsabilidade alguma.

Há, em uma instituição prisional, diversos acontecimentos que são, assim, apagados. O manicômio produz uma invisibilidade acerca de fatos que ocorrem em seu interior, principalmente os que envolvem violência contra os sujeitos. Mesmo em um sistema disciplinar rígido, não é tudo que pode ser olhado, ou não é tudo que se quer olhar. A instituição, ou o poder, sempre escolhe o que quer enxergar. Pode-se facilmente criar situações onde algo – um abuso, uma extorsão, um acerto de contas – acaba por não ser visto, não ser computado, não ser registrado. Ao ponto de nem sequer ter existido.

Presenciei um desses fatos, sobre o qual não existem maiores registros do que memórias. Um dia, ao chegar na internação, passei olhando pelos quartos e vi que em um deles havia uma mulher, jovem, deitada completamente nua sobre uma das camas. Permaneci do lado de fora do quarto onde ela estava, no corredor, conversando com uma paciente que veio ao meu encontro.

Após uma rápida ida até o início do corredor, voltamos até essa parte perto do quarto logo quando entravam dois enfermeiros nele. Eles estavam conversando calmamente e cobriram a mulher que estava nua. Próximo a ela, amarrada em outra cama, estava uma senhora bem magra, bastante agitada, gritando muito e chorando. Ela parecia estar bem desorientada, gritando por seu pai e com bastante medo. Tentei conversar um pouco com ela, que me percebeu logo que me apresentei e demonstrou estar ouvindo o que lhe dizia, o que parecia lhe acalmar por alguns instantes, mas logo voltava a debater-se e gritar.

Permaneci um tempo o seu lado, tentando estabelecer algum contato, sem ter muito sucesso. Neste momento, alguns funcionários passaram oferecendo o lanche aos pacientes, e me prontifiquei a ajudá-la a se alimentar, ao que ela respondeu afirmativamente. Fiquei, então,

partindo e lhe dando o bolo em pequenos pedaços e alternando com goles do suco. Nos intervalos entre as ingestões, ao terminar de engolir um pedaço, ela voltava a gritar por seu pai, e toda tentativa de tranquilizá-la ou iniciar algum diálogo mostrou-se infrutífera.

Ao passo que a alimentava, percebi a entrada de dois rapazes altos e fortes no quarto, que se aproximaram da cama da mulher que estava nua. Percebi que eram as visitas dela e logo que terminei de alimentar a senhora que estava contida fui conversar com eles. Um deles era seu irmão e o outro um amigo dele.

Pelo que me contaram, ela é uma jovem de classe média, estudante universitária de uma faculdade particular do DF. Falaram que ela levava uma vida normal, que andava meio cansada de seus afazeres, passando a ter dificuldades para dormir e a ficar meio nervosa. Então passou algumas noites seguidas em claro e começou a manifestar comportamentos estranhos, sem se alimentar direito, desconfiada de todos que tentavam lhe ajudar, falando coisas que não faziam muito sentido. A família não soube como lidar com a situação, então ela acabou vindo parar ali no hospital. Não entendiam bem o que havia acontecido com ela e pareciam não saber bem como lidar com a situação. Falei que seria importante que ela soubesse que eles estavam ali, e logo ela mesma acordou e pediu que eles se aproximassem. Aproveitei esse momento para permanecer perto da outra senhora, que ainda estava gritando muito, mas como minha presença não estava mais surtindo efeito algum e havia outras estagiárias por perto, sai do quarto.

Ao chegar no corredor, me deparei com um casal visitante que parecia assustado com as pacientes, hesitante em transitar pela internação. Tentei interagir com eles, mas não pude por estar conversando com uma das pacientes. O senhor parecia estar bem nervoso com a presença delas e a senhora chegou a apontar agressivamente para uma e dizer: “o que você tem é falta de Deus em sua vida!”. À medida que se movimentaram pelo corredor e adentraram o quarto,

percebi que se tratavam dos pais da moça que havia visto. Tive que ir até a ala masculina e acabei permanecendo ocupado interagindo com alguns sujeitos por lá até o final da tarde.

Quando saía pela rampa, ao final do dia de estágio, observei uma movimentação na frente. Os familiares da mulher que havia visto e mais algumas pessoas estavam lá paradas. Então uma moça saiu pela recepção com a mulher na cadeira de rodas, tentando ajeitá-la, desacordada. Estava sendo transferida. Fiquei junto com outra estagiária - que era minha dupla - aguardando enquanto ela era levada até a SAMU para ser transferida. Nesse tempo, a outra estagiária me contou o que havia acontecido: mais cedo, pouco antes que eu chegasse à ala feminina, ela tinha surpreendido a senhora que estava contida praticando sexo oral na jovem, que estava nua e desacordada. Por isso a senhora havia sido contida.

Fiquei bastante surpreso. Tive pouco tempo para pensar o que fazer, já que os familiares estavam entrando nos carros para ir embora e a mulher já havia saído na ambulância. Pensei um pouco sobre a gravidade da situação: a jovem havia sofrido de um contato sexual não consentido enquanto estava desacordada / incapacitada (provavelmente pela medicação) e nua sobre a cama de uma instituição psiquiátrica e ninguém saberia do ocorrido, pois duvidava que isso havia sido informado à família pela equipe. Então fui até um dos jovens com quem havia conversado anteriormente, o que era irmão dela, o chamei para o lado e expliquei a situação para ele, dizendo o que havia ocorrido e me colocando à disposição para prestar maiores esclarecimentos. A amiga dela pediu meu telefone e dei o número para ela, que se despediu com pressa e assim foram embora.

Nunca tornei a ver essas pessoas, que jamais entraram em contato comigo. relatei o ocorrido de maneira detalhada em supervisão, com o auxílio de outras estagiárias. Meus supervisores entenderam minha posição, sendo que um deles problematizou um leque possível de consequências relacionadas à maneira como a família poderia lidar com uma informação como

essa. Considerei uma crítica pertinente, mas infelizmente não tive tempo para estabelecer um contato maior com eles e julguei ter feito o que achei ser eticamente mais adequado: aquilo havia ocorrido e, mesmo que não pudesse ajudá-los a lidar com isso, achei que precisavam ao menos saber.

Há uma tendência geral, em nossa sociedade, de que muitos dos episódios de violência que ocorrem (principalmente os de violência sexual) sejam pensados de maneira superficial. Geralmente são analisados apenas enquanto acontecimentos casuais, ocorridos por motivações estritamente pessoais, desvinculados de um olhar mais profundo e diverso que observe o contexto, os valores, as relações sociais, os papéis e o tanto que isso tudo está intrincado com todos os móveis de ordem individual. É uma maneira cristalizada de enxergar os fatos, acrítica em relação à estrutura social, de manutenção do *status quo*, que permite amplas isenções de responsabilidade.

Dentro do ponto de vista que tentamos aqui frisar, um fato como esse, assim como muitos que ocorrem dentro de um hospital psiquiátrico, aponta diversas características de sua organização, lógica e funcionamento, que operam indiferentes às condições psicológicas ou motivações pessoais dos sujeitos envolvidos. São, por assim dizer, características estáveis de um espaço social que não apenas facilita, mas propicia e efetivamente produz a ocorrência sistemática de situações similares.

A primeira delas, e mais evidente, é que o manicômio não representa um espaço de cuidado, mas de detenção sob o pretexto de tratamento. E não é uma detenção qualquer, é um espaço cuja característica fundamental é a suspensão absoluta das garantias de integridade física do sujeito, mediante desarticulação dos mecanismos mais básicos de autocontrole.

Os elementos que efetivamente permitiram um intercuro sexual não consentido foram, dessa maneira, gerados não pelas condições psicológicas dos participantes, mas por elementos

concretos do ambiente manicomial: a superdosagem da medicação, aliada a exposição do corpo nu, associados à ampla ausência de cuidado e acompanhamento propiciaram o contexto de fragilização e subsequente violação do corpo inerte.

Dentro de um ambiente que sempre utiliza como justificativa a ausência ou insuficiência, mas efetivamente criado para administrar sistematicamente o descuido e a precariedade - produzindo-as em um tratamento de modelo punitivo - não é apenas previsível que violências ocorram, mas em certa medida, desejável. Mas, neste caso específico, os perpetradores não formam os agentes institucionais, como seria esperado, mas uma própria pessoa internada.

A responsabilidade de um ato como esse remete, em todos os níveis, ao próprio manicômio, motivo pelo qual sempre me refiro a este episódio como sendo um estupro institucional. Trata-se, por assim dizer, da violação dos corpos não necessariamente causada, mas gerida pela instituição, segundos seus espaços propícios de invisibilidade, sua capacidade de abafar e restringir as implicações do fato, colocando em curso tão somente o que se alia ao objetivo último da lógica manicomial: mais uma marca no corpo do sujeito, mais um fardo a ser carregado pelo resto de sua vida.

Em nossa sociedade, o corpo da mulher deve carregar a marca da eterna exposição, que sempre se espera, e da violabilidade, sua consequência direta. E essas marcas do patriarcado não seriam diferentes ou fortuitas dentro da lógica manicomial. Até mesmo uma mulher branca, loira, de classe média e universitária está sujeita – mesmo passando menos de 24 horas dentro do manicômio – ao pior e mais degradante que se pode esperar.

Capítulo IV - Subjetividade e Loucura

“Se eu te acho, eu me perco – também quem manda procurar um referencial ‘fora de si’” (Sam).

No presente capítulo pretendemos abordar diferentes fenômenos relacionados à loucura sob a perspectiva da teoria da subjetividade, fazendo uma apresentação de alguns de seus fundamentos e mostrando como tal enfoque pode contribuir com aspectos potenciais na relação entre a construção de um saber diferenciado sobre a loucura e de uma efetiva prática antimanicomial.

Algumas noções fundamentais

Primeiro é importante desenvolvermos o que queremos com a proposta de um pensamento de ênfase na subjetividade, o que entendemos por sujeito, como pensamos os espaço de suas ações, como procuraremos compreendê-lo em suas características singulares, na sua rotina, na sua vida, que geralmente é comum e também sempre extraordinária, única.

Pensamos que sujeito pode ser, literalmente, qualquer pessoa. Mesmo com as possibilidades de reflexão e ação mais restritas, nos espaços e situações mais inóspitas, as pessoas geralmente têm um potencial de ação em seu meio ou em seus contextos, que geram inúmeros desdobramentos em sua vida. E este potencial, dialeticamente relacionado à capacidade de constituir uma cosmologia singular – relativamente crítica, que se posiciona a partir de um ponto particular no mundo, mas que também é contextualizada de maneira histórica e cultural – é o que chamamos de subjetividade. É na transposição de significados particulares e comuns, no

compartilhamento de emocionalidade e simbologias, nas interações em um meio social e na construção de relações que encontramos o sujeito.

Falamos em sujeito quando pensamos em um desenvolvimento potencial da pessoa na autonomia relativa de suas construções simbólicas a partir de suas experiências, na narração e significação de suas histórias, na afetividade em transformação, na sua ação social. Quando – para além das dicotomias entre público e privado, individual e social – conseguimos enxergar um sujeito que carrega em si um imaginário povoado por infinitas histórias e personagens; quando percebemos como isso é constantemente renovado e compartilhado socialmente, nas relações que se estabelecem e se desfazem.

Não há uma linearidade em jogo nessa proposição, uma fórmula de um sujeito ideal estabelecida de acordo um modelo específico de desenvolvimento, uma concepção de sujeito que prevaleça pela onipotência da vontade ou que simplesmente se desintegre na liquidez dos tempos. Não há uma fórmula ou lei para a singularidade, não há um lugar histórico último de onde se estabelece uma diferenciação com o anterior, não existem estruturas a priori e universalizadas a serem preenchidas por histórias de vida singulares. O sujeito é aquele que se gera no desencontro, na divergência e na contradição que permeiam os meandros da razão que se hegemoniza e do normativo que tenta se impor.

Em seu livro “Sujeito e Subjetividade”, Fernando González Rey apresenta sua leitura crítica acerca dos diversos caminhos percorridos na construção do conhecimento psicológico que, de alguma maneira, contribuíram para pensar o tema da subjetividade. Desenvolve, assim, uma proposta de compreensão humana com ênfase na subjetividade, que podemos tomar como sendo – em um constante processo de construção e aprimoramento, sem sinais de um hermetismo das teorias clássicas – uma teoria da subjetividade.

A teoria da subjetividade que assumo rompe com a representação que constringe a subjetividade ao intrapsíquico e se orienta para uma apresentação da subjetividade que em todo momento se manifesta na dialética entre o momento social e o individual, este último representado por um sujeito implicado de forma constante no processo de suas práticas, de suas reflexões e de seus sentidos subjetivos. O sujeito representa um momento de contradição e confrontação não somente com o social, mas também com sua própria constituição subjetiva que representa um momento gerador de sentido de suas práticas (Rey, 2006, p.240).

Logo em seu prefácio ele pontua: “A subjetividade neste livro é um complexo e plurideterminado sistema, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social” (Rey, 2005, p.IX).

A concepção de Rey enfatiza a processualidade dos fenômenos subjetivos, o que rompe com a determinação de seus rumos segundo construções à priori e possibilita seu entendimento sem que se perca de vista uma de suas características fundamentais: a imprevisibilidade, diante da flexibilidade e da capacidade autogerativa que possui enquanto sistema. A subjetividade está em constante movimento, em um fluxo contínuo de mudanças onde o anterior sempre pode comparecer com alguma faceta diferente, diante da qual pode constituir-se como algo inteiramente novo, que adquire um outro sentido. Assim, apresenta-nos uma teoria que se arrisca na tentativa de compreender o ser humano em sua complexidade, construindo um conhecimento sobre o sujeito que leva em consideração suas diferentes esferas de ação, sem reduzi-lo a um aspecto da realidade.

Na minha opinião, trata-se de compreender que a subjetividade não é algo que aparece somente no nível individual, mas que a própria cultura dentro da qual se constitui o

sujeito individual, e da qual também é constituinte, representa um sistema subjetivo, gerador de subjetividade. Temos de substituir a visão mecanicista de ver a cultura, sujeito e subjetividade como fenômenos diferentes que se relacionam, para passar a vê-los como fenômenos que, sem serem idênticos, se integram como momentos qualitativos da ecologia humana em uma relação de recursividade (Rey, 2005, p.78).

Permite, dessa maneira, um entendimento amplo ao integrar aspectos da história de vida e da personalidade do sujeito com elementos da cultura, da história e da dimensão social. Assim, se afasta de muitas tendências presentes na psicologia que comumente se alternam em concepções de influência positivista e outras que operam com reducionismos ou naturalizações.

A complexidade do fenômeno subjetivo se dá num sujeito que desenvolve um modo de ser e uma cosmologia que é entrecortada por múltiplos aspectos que envolvem sua cultura, suas interações simbólicas e relações pessoais, seus temas particulares e sua história de vida, narrada não apenas por palavras mas por uma sucessão de posições existenciais e acontecimentos, situações.

Para produzir um deslocamento de visão que vá além do mero discurso ou da narrativa – movimento gerado tanto pela a diferenciação qualitativa dos conteúdos como pela mudança de enfoque – e possibilitar uma tentativa de compreensão da maneira como o mundo toma forma no campo de experiências do sujeito – como perpassa suas reflexões e se une às estruturas sociais, distinguindo uma cosmovisão que se singulariza num sujeito num dado contexto de vida, e em um dado momento histórico – Rey utiliza como unidade de análise o conceito de sentido subjetivo.

Esta visão de subjetividade está apoiada com particular força no conceito de sentido subjetivo, que representa a forma essencial dos processos de subjetivação. O sentido subjetivo exprime as diferentes formas da realidade em complexas unidades simbólico-

emocionais, nas quais a história do sujeito e dos contextos sociais produtores de sentido é um momento essencial de sua constituição, o que separa esta categoria de toda forma de apreensão racional de uma realidade externa (Rey, 2005, p.IX).

O sentido subjetivo é, assim, o conceito principal que permite uma inteligibilidade provisória sobre um intrincado processo de representação e significação - permeado pela afetividade nas experiências - onde se articulam aspectos simbólicos e emocionais em uma rede, uma configuração complexa, gerada no fluxo existencial dos sujeitos. O sujeito é, dessa maneira, encontrado no desenvolvimento potencial de sentidos subjetivos.

A categoria de sentido subjetivo permite a representação de cada experiência do sujeito em sentidos diferentes, segundo sua inclusão em outros registros de sentido já constituídos no nível subjetivo. O sentido é responsável pela grande versatilidade e formas diferentes de expressão no nível psíquico das experiências histórico-sociais do sujeito. O sentido é subversivo, escapa do controle, é impossível de prever, não está subordinado a uma lógica racional externa. O sentido se impõe à racionalidade do sujeito, o que não implica a sua associação só ao inconsciente, como foi dito, pois um mesmo sentido transita por momentos conscientes e inconscientes, até mesmo de forma contraditória (Rey, 2005, p.252).

O sentido subjetivo possibilita - enquanto categoria fundamental para se pensar a subjetividade - a viabilidade do entendimento de como um determinado acontecimento encontra uma representação singular - não objetiva, nem direta, nem factual - no fluxo de experiências pessoais e histórico-culturais do sujeito. A realidade não se apresenta como um espaço ordenado de contingências, onde os eventos simplesmente se correlacionam e os fatos ocupam relevâncias causais na vida dos sujeitos, que apenas interpretam o que lhes acontece. Os sentidos subjetivos

são gerados em uma dimensão subjetiva que é sempre criativa, que re-posiciona os diferentes aspectos do mundo em uma lógica, mesmo que provisória, de diferentes significados e emoções.

Definimos como sentido subjetivo a unidade inseparável dos processos simbólicos e as emoções num mesmo sistema, no qual a presença de um desses elementos evoca o outro, sem que seja absorvido pelo outro. O sentido subjetivo representa uma definição ontológica diferente para a compreensão da psique como produção cultural. A integração de elementos de sentido, que emergem ante o desenvolvimento de uma atividade em diferentes áreas da vida, denominamos configurações subjetivas (Rey, 2005, p.127).

Ao escrever sobre a personalidade, Gonzalez Rey define configuração subjetiva: “A categoria que temos utilizado como unidade para o estudo deste complexo sistema é a configuração subjetiva, que definimos como a integração dos diferentes sentidos que se integram de forma relativamente estável na organização subjetiva de qualquer experiência” (Rey, 2005, p.256).

As configurações subjetivas são as maneiras pelas quais diferentes sentidos subjetivos, articulados ao longo de uma história de vida, se misturam e se entrelaçam, dispostos em arranjos complexos, ao longo de um fluxo existencial gerador.

A noção de configuração possibilita superar a compreensão dos fenômenos em termos estruturais, que se enraízam em universalidades apriorísticas. Afasta-se, assim, não apenas da naturalização, buscando compreender a constituição social, mas de uma inteligibilidade erguida por um olhar que restringe as diferenciações e variações em nome de um conhecimento que se constrói, por tradição, delimitando-se no prevalecimento das regularidades. Possui assim uma flexibilidade que lhe permite enxergar a organização dos sentidos subjetivos num dado momento, de acordo com uma história particular, tematizando a existência, ao invés de estabelecer uma essência.

A subjetividade somente pode ser estudada a partir de uma perspectiva construtiva interpretativa, que assume o singular como uma exigência do próprio caráter diferenciado dos processos subjetivos. A singularidade ganha significação no modelo teórico em desenvolvimento que caracteriza um estudo concreto. A singularidade na psicologia tem sido sacrificada em razão da tendência dominante da padronização, que surgiu como expressão da quantificação do fenômeno psíquico. A quantificação reduziu a organização complexa dos sistemas psíquicos a categorias analíticas suscetíveis de medição (Rey, 2007, p.135).

Outro conceito que merece destaque dentro das propostas de Rey é o de subjetividade social, assim definido:

A subjetividade social representa uma produção simbólica e de sentido que constitui um nível diferente na organização ontológica da sociedade. Ela não é a reprodução dos complexos processos objetivos – infra-estruturais, de relação, organização, etc., que caracterizam a sociedade e dentro dos quais eles são gerados, mas uma nova forma de constituição do tecido social em relação aos inúmeros aspectos objetivos que caracterizam a vida da pessoa nos diversos espaços da vida social, cuja articulação como sistema se dá precisamente nos sentidos e significados que circulam de forma simultânea nos espaços sociais e nos sujeitos que os constituem. As configurações que caracterizam a subjetividade social se concretizam nos espaços de relação dentro dos quais atuam os indivíduos, assim como nos diferentes climas, costumes, representações, crenças, códigos emocionais, etc. que delimitam subjetivamente o espaço social dentro do qual os indivíduos atuam (Rey, 2005, p.209).

Uma força: a violência

No manicômio existe uma força concreta que se opõe aos sujeitos internados, que é a da violência, exercida não apenas pela psiquiatria mas articulada por poderes de diferentes hierarquias. Ela representa mais do que uma mera articulação de discursos, representações e dispositivos disciplinares. É mais do que um instrumento de controle interno, de regulação; mais do que uma função social punitiva, por se exercer em situações singulares que não se esgotam por estas características.

Ela percorre subjetivamente o ambiente, invade os corpos de maneira exaustiva, permeia as interações nos mais diferentes níveis. Isso equivale dizer que ela se manifesta em configurações que articulam não apenas aspectos da formação institucional dos atos, nem das representações de maneira estrita, mas uma violência com outras coisas presentes, mais relacionais, afetivas. Podemos dizer, assim, que a violência é aspecto essencial constituinte da subjetividade social do espaço manicomial.

A subjetividade social como um sistema complexo exhibe formas de organização igualmente complexas, ligadas aos diferentes processos de institucionalização e ação dos sujeitos nos diferentes espaços da vida social, dentro dos quais se articulam elementos de sentido procedentes de outros espaços sociais (Rey, 2005, p.203).

Ela também se forma através de uma dialética, ou seja, por mais que possua níveis de uma instrução ou de uma instrumentalização do sujeito em prol da disciplinalização do outro - envolvendo-o em um sistema, enquanto funcionário - também perpassa o domínio das emoções, dos valores, da história de seus praticantes. Assim, ela produz, dentro do espaço manicomial, novos modos de ser nas pessoas de branco, sustentados pela indiferença, mediados pela violência.

O conceito de subjetividade social integra os elementos de sentido subjetivo que, produzidos nas diferentes zonas da vida social da pessoa, se fazem presentes nos processos de relação que caracterizam qualquer grupo ou agência social no momento atual de seu funcionamento. Da mesma forma, a subjetividade social aparece constituída de forma diferenciada nas expressões de cada sujeito concreto, cuja subjetividade individual está atravessada de forma permanente pela subjetividade social (Rey, 2005, p.215).

É uma sensação estranha perceber que muitas destas pessoas, mesmo aquelas que parecem mais amistosas, incapazes de qualquer brutalidade, podem, por algum motivo, suspender estas impressões e serem violentas com alguém, ao ponto de sequer ouvi-la, de nem considerá-la como humana, de sucessivamente perpetrar atos de tortura que violam de maneira brutal o sujeito, destituindo-lhe a cada grito de qualquer resquício de integridade.

Podemos assumir que a prática da violência exige, assim, uma articulação com aspectos da intimidade de seus praticantes, uma suspensão de seus valores, uma alteração em sua ética. Praticar um ato de violência contra outro ser humano, em função de uma instituição, mesmo que sempre se encontre legitimidade no imaginário social, também diz de um contexto, de uma relação que se estabelece entre algoz e objeto, mesmo que ao último caiba apenas ser torturado.

A invisibilidade e desumanização que se produz sobre o outro carrega marcas de processos sociais mais anteriores, gerais, que dizem respeito a conteúdos de uma instância histórica e cultural. Carrega também, por outro lado, sinais de rupturas no processo de construção da alteridade, de identificação do outro como ser, que não encontram força apenas no processo de institucionalização.

A maneira como o ato violento se desenvolve no sujeito que o pratica é, assim, mais do que um somatório de diferentes aspectos pontuais das diversas esferas de sua interação dialética

com o social. É um algo novo, que se configura subjetivamente de maneira complexa, não podendo ser, assim, reduzido apenas ao contexto motivador factual em questão, ou à sua história emocional, aos seus valores pessoais, à ética que orienta sua prática profissional, à desumanização do outro como ser, ou até mesmo ao que chamamos de institucionalização. Trata-se de uma força que percorre todos esses caminhos sem se deter em nenhum deles, mas que sempre alcança um destino fatal: o corpo do outro.

Seriam necessários maiores estudos empíricos para caracterizar como se desenvolve a violência enquanto fator marcante da subjetividade social de um manicômio, o que permanece enquanto inquietação neste trabalho e como sugestão para futuros estudos.

Outra força: a resistência

Existe uma outra força que se opõe a da violência, e que geralmente se organiza a partir da subjetividade individual, a partir dos sujeitos, sem possuir uma base social forte por não existir, consolidado, no ambiente manicomial, um sistema de relações alicerçado em algum convívio.

Essa força, igualmente indescritível, que opera a partir dos sujeitos, surge quando não lhes parece restar absolutamente nada, quando o manicômio já lhes roubou o tempo, a vida e toda paciência.

É uma força de resistência, onde o sujeito encontra em si mesmo o amparo que lhe faltava em quase tudo que lhe cercava. Muitas vezes ela faz com que o sujeito se levante e enfrente o que esta por vir.

Dentro das experiências manicomiais existe muito sofrimento, gerado principalmente pelos mecanismos de poder que subtraem do sujeito sua dignidade. Existe um aprendizado quase geral sobre os riscos de ser você mesmo, de se mostrar frágil, de se assumir publicamente. Mas também existe essa força de se assumir para si mesmo, de se autoconhecer, de redescobrir em si uma força que pode lhe ajudar em qualquer situação.

São variados os pontos onde os sujeitos se apóiam, seus referenciais. Alguns retiram sua força das poucas relações que estabelecem ali; outros de suas crenças, ou de suas famílias; outros de lembranças saudosas de tempos antigos, das esperanças que estes retornem algum dia. Até a simples sensação de liberdade, presente por exemplo na possibilidade de nadar em um rio ou ver o mar, podem evocar alguma energia.

Grande parte dessas alternativas, difíceis de serem mapeadas e compreendidas, representam produções de sentido dos sujeitos, sendo que algumas se desenvolvem enquanto uma estratégia de subjetivação para lidar com a dura experiência de internação.

Mas antes de nos aprofundarmos um pouco na subjetividade, enquanto teoria, é necessário relatar a história de alguns sujeitos, ver como encararam o fato de serem internados em um manicômio e como lidaram com isso.

Algumas histórias

Os momentos mais interessantes no HSVP eram quando havia a oportunidade de conversar com as pessoas sobre suas vidas. Em algum momento, nos corredores ou nas áreas verdes, as pessoas por algum motivo me identificavam como alguém aberto e disposto a conversar, interagir. Acredito que o fato dos estagiários não usarem o jaleco branco nos afastava

de sermos reconhecidos como parte da instituição, o que facilitava o contato com os sujeitos. Assim, uma cordialidade ou um simples comentário sobre alguma situação corriqueira facilmente nos conduzia ao “vou falar um pouco sobre minha vida”.

Na sociedade, de maneira geral, temos poucos espaços para falar sobre nós mesmos. A fala espontânea, o contar uma história sobre si mesmo, é sempre uma oportunidade de reviver certas coisas, recriar outras.

Há um enorme potencial reflexivo no ato de contar ou recontar algo, pois a própria maneira como conduzimos nossa narrativa, assim como nossos lapsos, nossas brechas, refletem alguns pontos simbólicos fundamentais na maneira como construímos essa colcha de retalhos. E assim emergem algumas configurações que, problematizadas, ressaltadas, refletidas, podem se reorganizar, gerando novas possibilidades de sentido.

Contar uma história ou falar sobre sua vida pode ser, assim, marco de um momento reflexivo significativo, muitas vezes de efeito terapêutico evidente, seja pelo alívio das angústias pessoais, pela reflexão sobre a vida, pelo aprofundamento em questões problemáticas fundamentais, pela compreensão dos sentimentos e emoções, pelo entender - falando.

Estar internado em um hospital psiquiátrico é uma situação crítica para a maioria das pessoas, que se encontram em um estado de desamparo. A fala, num lugar como este, se há quem escute, é um instrumento privilegiado para colocar-se enquanto sujeito diante do outro, interagir. E muitas vezes essa interação passa por uma confiança, que se estabelece em uma negociação implícita, onde muitas vezes o sujeito se sente aberto, pelo tipo de postura e interesse que se manifesta, a falar sobre sua vida de uma maneira particular, com relativa transparência, permitindo que seus pensamentos e emoções surjam de maneira mais espontânea.

Quando chegava à internação geralmente seguia caminhado pelos corredores e aparecendo na porta dos quartos, procurando não ser invasivo, mas ao mesmo tempo me

apresentando, sempre quando sentia que as pessoas estavam comunicativas, curiosas assim como eu ou que, em alguma medida, suas angústias que não lhes entristeciam e imobilizavam ao ponto de não quererem conversar, interagir, o que se mostrava relativamente raro.

Talvez algumas pessoas – ao imaginarem o ambiente de um manicômio – pensem nele como sendo completamente insípido, um lugar onde as pessoas preferem não conversar, não interagir. Onde preferem seguir seu próprio caminho ou permanecer em silêncio boa parte do tempo, na defensiva, se relacionando o mínimo possível, evitando se comprometer para não passar mais tempo ali do que precisam.

Alguns poucos tomavam essa decisão e isto, em certo sentido, pode ser considerado prudente por de algum modo evitar que seus conteúdos, seus modos, suas vidas, sejam objeto simplório de diagnósticos que são firmemente estabelecidos em nome da psiquiatria e também da psicologia, conhecimentos historicamente produtores de verdade. Assim poderiam ser enquadrados em algum CID, no DSM-IV ou mesmo serem desmembrados em estruturas, sob a égide dos três modos de ser universais (nos quais qualquer ser humano pode ser enquadrado) – neurose, psicose e perversão – com padrões de comportamento geralmente designados pela associação entre alguns significantes com mecanismos de defesa que agem de acordo com leis gerais do inconsciente.

Mas a maioria das pessoas prefere correr o risco: interagir, reconhecer um olhar curioso e falar um pouco de si, contar um pouco suas angústias, partilhar momentos da sua vida – de felicidade, de amor, de tristeza, de solidão. São ótimas conversas, bem reflexivas, onde ficamos juntos entendendo como as coisas aconteceram deste ou daquele modo, o que poderia ter sido possível, o que ainda é. Repletas de especificidades e detalhes, assim como conclusões gerais sobre a vida: são como lições.

Essas pessoas constroem, nesses momentos, o que nos referiremos adiante como sendo estratégias de subjetivação, que são como um panorama de caminhos complexos, onde a pessoa tenta se ver, como sujeito, e observar as suas alternativas, no modo de vida, na maneira de ser, sentir e se relacionar no mundo; em aspectos que transitam das noções existenciais até os pontos práticos da vida cotidiana.

Quando mencionamos a noção de estratégias de subjetivação, não falamos de uma categoria que pode ser esmiuçada à priori, pois seus conteúdos são, todos, gerados na interação com o sujeito. O papel do psicólogo, nesses momentos, é o de facilitador, de um co-construtor de um saber com o sujeito, sobre si, sobre o mundo. Algo que talvez o ajude, algo que dali em diante pode ou não lhe servir para se sentir melhor.

Em uma grande parte das vezes, esses diálogos geram problematizações que são consideradas e refletidas nos mais variados aspectos, onde surgem como produção algumas alternativas (consideradas sem descontextualizar a situação de vida dos sujeitos, que tem limitações de ordem concreta) – que são unidades emocionais e simbólicas, muitas vezes associadas com uma prática ou com uma postura – que são o que chamamos de sentido subjetivo.

Esses são processos no qual o psicólogo encontra-se como um facilitador e o que é produzido é um saber co-construído na relação, que diz respeito ao sujeito. Mas se destas produções singulares estabelecemos um conceito, e o utilizamos como uma categoria que pode servir em outra situação concreta, terapêutica – não como um caminho a se seguir numa estrada, muito menos como um mapa que nos indique um destino ou como o nome de uma cidade onde devemos chegar – mas pelo menos como uma das infinitas portas pela qual podemos sair para caminharmos, juntos; é aí que encontramos o seu valor heurístico. Estes conceitos serão melhor trabalhados, em um nível teórico, ao final deste mesmo capítulo

Há, assim, em uma relação dialógica, a possibilidade de construção conjunta de um saber sobre o sujeito. Essas oportunidades em que fui convidado pelos sujeitos a dialogar sobre suas vidas - mesmo que em situações efêmeras - possibilitaram momentos significativos de produção de sentido. E de um aprendizado humano inestimável.

Gestos de mudança

O primeiro contato que tive com V. foi na sala de psicologia, situada ao final do corredor da ala feminina. Ela me contou como havia decidido deixar para trás sua vida de outrora e que agora viajava em humildade e desapego, conhecendo as pessoas pelo país. Em algumas ocasiões, começou a perceber como alguns de seus gestos, feitos com as mãos ou com a cabeça, influenciavam diretamente alguns eventos da realidade, conseguindo incidir sobre fatos, manipular eventos físicos, alterar cursos de objetos.

V. acreditava-se dotada de algum dom que lhe fazia especial no mundo, mas isto não a colocava como superior: todos tinham o potencial de serem tocados por isso, de se tornarem anjos, de agir de outra maneira sobre a realidade. Tinha a crença de possuir um poder especial, mas isto comparecia de maneira geral em suas expressões, não era atribuído a todos os fatos, não comparecia de maneira narcísica em sua forma de ser.

Era uma crença complexa e bem estruturada que não lhe trazia sofrimento algum, tampouco incidia de maneira direta sobre sua sociabilidade, por não necessitar de ser proferida ou profetizada. V. foi parar no HSVP apenas por ter procurado em Brasília um familiar que – não querendo abrigá-la em sua casa e reconhecendo elementos estranhos em seu discurso, possivelmente associados por ele a histórias anteriores de V. – solicitou sua internação no hospital.

V. sempre se mostrou uma pessoa extremamente tranqüila e serena. Avaliava o fato de estar internada como uma precipitação, uma má compreensão que as pessoas têm, não apenas sobre ela, mas sobre as demais pessoas dali. Posicionava-se de maneira consciente e crítica em relação aos preconceitos relativos à doença mental, sem no entanto, alimentar qualquer revolta ou amargura com relação ao fato de estar internada. Acreditava que era bem parecido com estar presa, e pensava ser mais uma experiência difícil da vida, mas importante, da qual podem ser retiradas valorosas lições.

Permaneceu no HSVP algumas semanas, sendo que nosso contato sempre foi cordial e amistoso. V. transparecia uma suavidade tranquilizante em sua fala, um bom humor raro e um jeito bem espontâneo de ser. Conseguia cativar com simplicidade as demais pacientes, mas permanecia boa parte do tempo sozinha, sem se envolver com as relações e os jogos de disputa existentes entre elas.

Sempre tínhamos algumas longas conversas bem interessantes sobre a vida, sobre como era estar internada, sobre como as pessoas viviam e se relacionavam no mundo de hoje. Foram conversas simples mas memoráveis, pela oportunidade de aprender sobre a vida com uma pessoa vivida, humilde, de fala mansa e gestos amenos.

Sintetizava alguns de seus pensamentos e lições escrevendo alguns textos, dizendo ter escritos muitos ao longo de sua jornada, que estavam compilados em uma pasta, onde estavam seus pertences, que infelizmente nunca pude ver. Certa vez escreveu para mim o seguinte texto:

“Toque da Unção

Um anjo me examinou e viu que eu não tinha nada

Me disse que era amor e me mandou de volta pra casa

Eu fui ao outro anjo pois eu não acreditei

Ele disse que eu tinha tudo então eu me assustei, amor, paz, alegria te esperara lá no futuro e tudo isso que tem mais só não tenha orgulho

Fui a um terceiro anjo que era o superior ele não me disse nada me encaminhou para o doutor quando eu entrei na sala era Jesus meu salvador com o toque da unção foi assim que me curou.”

Para as dores irem embora

Foi no corredor da ala feminina que encontrei pela primeira vez com G., quando conversávamos em grupo sobre onde cada uma gostaria de estar se não estivesse ali. As pessoas se dispersaram e prosseguimos conversando sobre como era estar internada ali, sem poder sair. Foi então que G. começou a narrar sua vida, contar um pouco sobre si.

Ela começou com a história de um grande amor em sua vida, um homem negro e militar de quem gostava muito, o amor de sua vida. Falava com bastante saudade de quando lhe conheceu, com um entusiasmo de como tivesse sido há poucos dias. O tempo me fez esquecer o final dessa história de amor, mas lembro bem algumas de suas conseqüências. Sua mãe desaprovava essa relação por ser uma pessoa racista. Na verdade, segundo G., sempre havia sido uma pessoa intolerante, que não lhe dava amor algum e sempre a humilhava quando tinha oportunidade.

O fruto dessa relação difícil foi uma criança, que foi gerada e criada com muito custo e muito amor. E como ficava triste em pensar que essa filha, agora, era responsável pelo que estava passando. G. contou que vive com essa sua filha e mais uma neta em uma casa na periferia de Taguatinga, que já fora sua mas que agora, mediante interdição, estava no nome de sua filha. Ela, segundo G., nem sequer trabalhava e vivia tão somente do dinheiro que G. recebe do governo.

Ela me mostrou, através dos meandros de sua história, deste e de outros encontros, em outras interações, a dor de sentir-se absolutamente traída pela a pessoa que mais amava, de

quem agora dependia amplamente. Há um sentimento comum, entre muitos pacientes que encontrei no HSVP, de que o ambiente familiar tornou-se um risco, uma ameaça, não sendo um lugar seguro para serem eles mesmos. Mesmo quando, como ocorre em grande parte das vezes, seja tudo o que lhes resta. Para G., de seu próprio dinheiro, legalmente administrado por sua filha, não lhe restava nem o suficiente para comprar roupas. Ela se virava pedindo na rua, para as vizinhas, enquanto sua filha esbanjava roupas novas e gastava muito com sua neta. Esses desentendimentos no contexto familiar pareciam ser algo que lhe causava grande tristeza, principalmente por sua situação de impotência, como uma refém da vontade dos outros.

G. tinha o hábito de fazer cortes em seus braços. Lembro que me disse algo como esse ser um impulso que fazia com que outras dores fossem embora. Seus braços carregavam as cicatrizes de uma vida difícil, de sonhos que se converteram em pesadelos. Havia tomado medicações em excesso algumas vezes, não necessariamente com o ímpeto de se matar, mas de apenas sentir algo diferente.

Sempre me convidava de maneira amistosa para conversar sobre sua vida, expor seus problemas, pensarmos algumas alternativas. Infelizmente não foi possível aprofundarmos muitos assuntos em virtude dos últimos dias de estágio terem sido um tanto conturbados. Num dos últimos dias, G. testemunhou e ajudou a impedir uma tentativa de suicídio de S., que tentou enforcar-se com uma faixa utilizada para contenção. Esse fato mexeu muito com ela, e mais ao final desse dia a encontrei com o braço enfaixado, por haver tentado abrir um de seus cortes no braço que já estava em cicatrização.

O sorriso de um homem livre

Conheci M. em uma das primeiras tardes em que estava no HSVP. Ele era bem conhecido pelos demais internados, por estar lá há um certo tempo e pelo apelido que tinha entre eles, do qual não gostava muito. Era um sujeito que na maioria das vezes se relacionava bem com os demais, possuindo um certo grau de reconhecimento pelo papel social que desempenhava na internação, apesar das chacotas e diminuições que sofria pelo fato de ser cearense.

M. andava sempre acompanhado de uma sacola cheia com suas coisas: objetos variados que encontrava perdidos pela internação, jornais, papéis, moedas, chinelos, etc. Era, assim, uma espécie de negociador, tanto desses artefatos que guardava, como de cigarros. Muitas vezes era um dos poucos que tinha isqueiro ou fósforos, o que fazia com que alguns dos demais internados tivessem que lhe procurar para que ele acendesse seus cigarros.

Logo nos primeiros momentos percebi um papel e uma movimentação diferenciada por parte de M., assim como pensei que seus traços faciais grossos eram marca de uma vida bem dura, mas repleta de histórias.

Nossa primeira conversa foi bastante casual, estava conversando com outro paciente, que era seu amigo, quando ele se juntou a nós. M. logo mostrou duas de suas habilidades que viriam a aparecer melhor em diálogos futuros: a de ser um bom observador do ambiente e um exímio conhecedor da natureza.

Sua fala era extremamente complexa, pautando diferentes assuntos ou pontos entrecortados, mas que ao final se encontravam em sentidos comuns. Apontava cada uma das plantas em volta, falando de seus frutos e dando exemplificações concretas de suas utilidades; falava sobre os objetos à volta, relacionado-os com fatos que haviam ocorrido enquanto estava lá; analisava o comportamento social dos demais, atribuindo valores geralmente relacionados aos hábitos.

Era recheada de metáforas, que comparavam coisas aparentemente distantes, mas que depois se encontravam em um sentido final, que juntava comportamento humano e animal, fato e expectativa, cuidado e desconfiança, conclusão e conselho. Logo nas primeiras conversas, percebi um fato comum, que também que ocorria no diálogo com outros sujeitos: seu discurso não era desordenado, disperso, e sua fala tampouco era fugidia. Minha escuta é que não estava acostumada com esse tipo de arranjos; ao ritmo com que elaborava, concluía e relacionava algumas idéias.

Comentava bastante sobre o risco que corre os que falam demais, podendo ficar como ele, que tinha uma espécie de caroço nos lábios. Logo esse falar demais se revelou como uma denúncia dos riscos de falar abertamente sobre si num ambiente como aquele, onde seu discurso é base dos julgamentos e decisões.

Nossa relação começou a estreitar-se e em todos os dias de estágio conversávamos um pouco. Eu sempre demonstrava entendimento das relações que estabelecia, confirmando algumas conclusões e indagando o que não havia entendido, o que geralmente não apenas o levava a discorrer novamente sobre o que havia dito como a aprofundar o tema e a adentrar outros assuntos similares.

Em nossa relação pude sentir um pouco a melancolia e a dificuldade de estar ali preso, lembrando da vida lá fora, sem perspectiva de quando poderá sair. Entendi como é difícil estar em um ambiente que instiga a agressividade, que alimenta o vício, que dificulta o sono. M. sempre falava sobre como era difícil conviver com a “zuada”, e acho que era esse um dos motivos pelos quais não dormia muito ou se irritava alguns dias.

Com o tempo M. começou a falar cada vez mais sobre sua vida. Era um andarilho do mundo, um errante sem fronteiras, cujos caminhos se sossegavam com a oportunidade de um trabalho justo, próximo à natureza, e uma vida simples. M. presava muito sua liberdade e

autonomia, sua habilidade de adaptação: conseguir sair quase sem nada de um lugar a outro e seguir trabalhando, vivendo.

Contou diversas histórias de situações que havia vivido, diversas aventuras, situações e trabalhos que havia feito. Compartilhou comigo algumas de suas conclusões sobre a vida e as relações, que eram assumidas e levadas com tranqüilidade, consciência e humildade em seu modo de ser: criticou a ganância e a ambição de pessoas com as quais conviveu, em conflitos por terras ou até posses mínimas, marcas de seus cuidados e desconfianças; falou sobre sua ética pessoal, que não se deixava corromper e nem aceitava injustiças, mesmo quando poderia levar algum prejuízo.

Comentou sobre sua família e seus irmãos, que moravam em Planaltina (o mais próximo) e no Paranoá. Disse um pouco sobre os problemas de trabalhar para eles, a ética de trabalho que eles impunham, as normas do horário e do ritmo de restrição de suas saídas. Falou sobre seu irmão mais próximo, sobre como achava que ele lhe temia, sobre como ele não lhe escutava e havia chorado na última vez que o tinha visitado, sobre como acreditava ser covardia deixar alguém ali, esquecido, largado à própria sorte, sem fazer visitas, sem dar dinheiro, sem trazer comida.

Falou sobre o desejo de voltar à sua terra, sempre considerando ora a possibilidade de permanecer aqui, trabalhando; ora a de fugir e retomar a vida de andarilho, voltar ao nordeste. Conversamos bastante sobre isso nos últimos dias, quando ele já estava tendo saídas nos finais de semana, fortes índices de uma provável alta.

Sempre me recebia com alegria e consideração, sem esperar muito de mim, parecendo entender bem as limitações do meu papel dentro da instituição. Numa das últimas vezes em que nos encontramos, lembro que ele estava bem triste, sem sua sacola, com a voz baixa, embargada, e os olhos cheios de lágrimas. Nem levantava o rosto para me encarar e falava virado para o outro

lado. Algo havia acontecido, alguma violência. Contou que havia sido contido injustamente, mas não quis entrar em detalhes sobre o que ocorreu. Quando perguntei onde estava sua sacola, disse que aquilo tudo, que outrora sempre me mostrava, era lixo, que estava cansado de guardar coisas que não valiam nada.

Esse foi um dos momentos em que percebi quão forte e desumanizador pode ser o impacto da violência institucional, como pode alcançar e estraçalhar o espírito das pessoas, como é capaz de fazer com que o sujeito desista do que lhe sustenta, lhe faz ser o que é, lhe dá alguma importância.

Fiquei bastante preocupado com M., mas logo após esse fato lhe encontrei mais uma vez, bem tranqüilo, quando estava junto com outros internados. Um deles estava com um violão e junto cantávamos canções antigas do Roberto Carlos. M. apareceu, parecendo estar tranqüilo, relaxado. Estava sem sacola alguma. Deitou-se na cama com as mãos cruzadas atrás da nuca e um cigarro na boca, cantou muitas delas conosco e logo saiu despedindo-se com um sorriso despreocupado, de um homem livre. Poucos dias depois recebeu alta e saiu do hospital.

Fui reencontrá-lo em uma visita domiciliar que realizamos algumas semanas depois, nos dias finais do meu estágio. Já havia comentado com ele sobre a possibilidade de uma visita quando ainda estava internado e em um contato por telefone com seu irmão (que não cheguei a conhecer pessoalmente, por desencontros), este me disse que M. estava ruim e que pensavam em interná-lo novamente, pois não viam outra saída para a situação. Marcamos então a visita.

Fomos eu e mais duas amigas estagiárias até uma casa humilde num bairro periférico de Planaltina, o conhecido Arapoangas. Nos aguardava apenas M. e sua cunhada, que foi quem nos recebeu amistosamente. M. ficou bem feliz em nos ver e durante toda a visita permaneceu presente e participativo. Pedi-me que mostrasse onde dormia, seu quarto aos fundos que já havia

mentado. Em privado, conversamos um pouco sobre como ele estava, sendo que parecia estar muito bem, tranqüilo, ouvindo música, sem nem sair muito.

Conversamos um pouco mais sobre seus dias no hospital, sobre como foi difícil tudo aquilo. Neste momento, ele falou um pouco mais sobre outras passagens que teve em outros manicômios, mais brutais, no interior do nordeste e nas redondezas do DF. Sobre como eram mais violentos, as visitas tinham mais restrições, a ordem social era mais humilhante, havendo inclusive constantes abusos físicos e sexuais.

Voltamos até a sala e prosseguimos em uma conversa mais coletiva, na qual sua cunhada nos relatava as dificuldades em conviver com M., que lhe chamava por apelidos que lhe irritavam muito, exigia um cuidado sempre diário, principalmente o de fazer comida, e sempre lhe acordava bem cedo pela manhã, com cantorias e assobios, propositalmente feitos próximos a sua janela.

Pensavam em reformar a casa de modo que M. tivesse uma saída direta para a rua, o que diminuiria seu trânsito pela casa dos familiares. Conversamos um pouco sobre a importância do convívio familiar e sugerimos, com base na valorização de sua fala, outras interações, alternativas de convívio, de cuidado e de relação, com base em diálogo e negociações.

Ela falou também um pouco sobre a dificuldade de cuidar de uma pessoa doente, sobre o medo que tinha de M., sobre a raiva que sentia muitas vezes só em vê-lo. Falou sobre os longos anos em que cuidaram dele, sobre a história de sofrimento da família cuidadora. De como foi cansativo ter que cuidar de uma familiar idosa, de tudo que tiveram que abrir mão para cuidar dela, e agora de como estava sendo difícil cuidar de M.

Conversamos um pouco sobre tudo que havia dito, legitimando tudo o que ela havia colocado e acolhendo suas dificuldades, mas ressaltamos o outro lado: de como é difícil ser internado, de como M. tinha uma história manicomial bem dura e violenta, de bastante

sofrimento, e de como eram desumanas as condições de internação num lugar como o HSVP. Ela pareceu considerar o que falamos, perceber nas curtas intervenções de M. (geralmente confirmações) a gravidade de tudo o que dissemos.

Essa visita selou minha participação no estágio em saúde mental com um brilho de esperança, mostrando que, mesmo com todas as limitações atuais, é possível fazer alguma diferença na vida dos sujeitos.

Forças para seguir

Encontrei novamente com W. (sobre quem escrevi um pouco quando falava sobre os usos punitivos da contenção) em seus últimos dias no HSVP. Ela estava diferente, parecia cansada mas estava bem, disposta. Estava com expectativas de receber alta, então conversamos um pouco sobre como foi difícil aquilo tudo para ela mas que, ao final, ela conseguiu encontrar forças para superar a situação de estar presa, de sofrer humilhações. Era uma mulher forte. W. me agradeceu pelo apoio e sumiu pelo corredor, andando com a cabeça erguida.

Contribuições da subjetividade

A subjetividade, quando assumida não apenas como uma teoria, em termos de um conhecimento acadêmico formal, mas como um olhar, como um saber ético que se constrói nas relações dialógicas entre os sujeitos e que se exprime por mudanças concretas em suas vidas, tem uma potencialidade imensa se inserida no contexto das lutas antimanicomiais. Iniciaremos pontuando algumas de suas possíveis contribuições a partir de alguns recursos terapêuticos para assim estendê-los ao âmbito das ações políticas.

Quando pensamos na construção de um saber complexo sobre a loucura, inseridos em um contexto antiinstitucional – que problematiza os papéis sociais e redefine as relações diante da urgência de um espaço de convívio (demanda de grande parte das propostas reformistas) – temos também possibilidades para uma nova relação nesta construção comum, neste novo espaço de interações.

Temos a possibilidade de que esse saber se construa em uma relação dialógica, onde sejam problematizadas ou até suspensas as assimetrias clássicas entre profissional e sujeito, o que não significa uma dissolução dos papéis implicados na relação.

Muitas das concepções clássicas de atuação clínica estão alicerçadas em construções subjetivas – relacionadas ao *Zeitgeist* de seu tempo – que se situam em um contexto onde o conhecimento é produzido em uma relação unilateral, onde há o protagonismo do psicólogo como investigador, que se beneficia efetivamente de maneira direta do conhecimento produzido na relação. Estas concepções clássicas reservam ao investigador, mediante um distanciamento e uma neutralidade, um espaço seguro enquanto agente institucional ou profissional de saúde.

As exigências de um espaço de convívio subvertem essa lógica e obrigam que o profissional se posicione, em diversos momentos, como um sujeito a mais num ambiente relacional, onde mesmo que atuando como um facilitador, muitas vezes acaba despojado de uma roupagem técnica, de um discurso institucional.

Em seu outro livro “Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade”, Rey mostra-se sensível a uma abertura no posicionamento do psicólogo no espaço dialógico:

A realização e o desenvolvimento do diálogo não ocorrem a partir de uma posição assimétrica, que, de fato, consideram o terapeuta em um lugar ao qual o outro não tem acesso. Isso tem sido característico na história da psicoterapia, quando o terapeuta reserva para si um espaço diferenciado de poder, que pode estar na escuta, no silêncio, na

interpretação ou na sugestão direta do tipo intervencionista, funções todas exclusivas do terapeuta e que não se reconhecem ao paciente pela própria forma como a relação é definida. (...) Não existe diálogo sem a emergência do sujeito, que somente aparece em uma reflexividade autêntica, espontânea e ativa (Rey, 2007, p.163).

Uma visão com ênfase na subjetividade permite uma maleabilidade ao psicólogo para que este assuma outras funções e papéis sem afastar-se de seu enfoque teórico ou perder-se no universo relacional. Como suporte para estes deslocamentos, buscamos uma noção comumente utilizada na filosofia e na antropologia, que é a de relativismo.

Consideramos, para os fins deste trabalho – inserido no campo da psicologia e não da etnologia – uma formulação simples de relativismo, como sendo um esforço de enxergar o mundo com os olhos do outro, numa tentativa de compreender sua visão de mundo buscando suspender, provisoriamente, de maneira assumida, a própria moralidade.

É, assim, a busca por uma compreensão sensível, capaz de se deslocar para gerar uma inteligibilidade contextual sobre os sistemas de valores, as crenças e as experiências do outro. Contém, assim, a possibilidade de exercer, enquanto construção de um saber, um papel não moralizante, que não submete o outro aos processos normativos ou disciplinares. Trata-se de um desafio que visa desempoderar o investigador, fazendo com que seus conhecimentos não atuem como uma força intervencionista na realidade do sujeito.

Assim, o psicólogo pode agir como um facilitador no processo de construção de um saber sobre o sujeito. Neste processo, um dos objetivos essenciais é o de desvendar sua lógica configuracional. Quando analisa as concepções do filósofo Cornelius Castoriadis sobre a possibilidade de encontrar alguma ordem (distante das articulações de causa e efeito) no caos, Rey desenvolve a seguinte proposição:

A expressão ordem de sentido é relacionada estreitamente com o que tenho chamado em meus trabalhos de lógica configuracional, que é a tentativa de organizar e significar uma realidade em movimento, que não encaixa em nenhuma lógica que a anteceda, em que o pensamento é obrigado a produzir e organizar o mundo na forma diferenciada e única em que este se apresenta ao investigador num determinado momento. Isto não quer dizer que todos os fenômenos do mundo tenham essa característica, mas sim a têm aqueles fenômenos que estão de forma simultânea implicados no curso e cruzamento de diferentes sistemas que, em sua colisão ou integração, dão lugar a novas e inesperadas qualidades, como ocorre no nível da subjetividade (Rey, 2005, p.99).

Assim, através desta tentativa de compreensão sobre como se organizam as configurações de sentido do sujeito, é possível o desenvolvimento do que chamamos de estratégias de subjetivação, que são recursos subjetivos relativamente estáveis de reorganização das configurações para a produção constante de novos sentidos subjetivos.

Estas funcionam como uma espécie de repertório existencial impossível de ser estabelecido à priori, não mapeado, de diferentes posições, de diversas possibilidades de ser, de um movimento de abertura de alternativas constantes, mesmo diante de uma flexibilidade referencial ou mutabilidade contextual. O desenvolvimento destas estratégias é ancorado na noção fundamental de autonomia.

A autonomia, em termos gerais, pode ser entendida como uma tendência de autogoverno do sujeito, ou seja, de se organizar de maneira voluntária e relativamente livre a partir de referenciais próprios, reconhecendo ou até mesmo desvincilhando-se da influência de outrem em sua autodeterminação. É uma tomada de posicionamento existencial do sujeito. Assim, remete à consciência de suas condições e possibilidades, e também à percepção sobre como operam os contextos onde está inserido, seja familiar, social, cultural ou histórico.

Dentro da perspectiva da subjetividade, podemos definir autonomia como sendo a habilidade do sujeito em modificar suas configurações e gerar novos sentidos subjetivos com relativa independência em relação às problemáticas que lhe são impostas, ou seja, conseguir articular suas resignificações com uma emocionalidade que, apesar de intensa, não lhe cause sofrimento, transpondo os eventuais percalços e limitações que possam aparecer no horizonte de suas experiências. Incentivar a autonomia das pessoas é, assim, agir como um facilitador num processo onde elas desenvolvem, pela relação - que se dá pelo diálogo e na reflexão - outras maneiras de gerar autoconhecimento e de considerarem e produzirem algumas novas alternativas existenciais.

Pensamos na autonomia como sendo uma tomada de controle da própria vida, o que implica modificações em diferentes esferas da vida do sujeito, seja em suas relações, em seu desenvolvimento como agente social e político ou mesmo em sua posição diante da cultura. Situada na dialética entre o indivíduo e o social, a autonomia enquanto proposta atravessa o universo das representações do sujeito para alcançar uma significação igualmente importante no âmbito político, da organização social.

Como assinala o próprio Castoriadis: “A verdade própria do sujeito é sempre participação a uma verdade que o ultrapassa, que se enraíza finalmente na sociedade e na história, mesmo quando o sujeito realiza sua autonomia” (Castoriadis, 2000, p.129).

Enquanto estratégia política, a autonomia tem sido reivindicada por diversos movimentos políticos ao longo da história, situados sobretudo na esquerda socialista, principalmente em movimentos revolucionários de trabalhadores e em organizações anarquistas.

É, assim, pautada por alguns princípios, dentre os quais se destacam a livre-associação, a horizontalidade e a independência em relação a instituições e partidos. Nesse sentido, fundamenta-se como uma proposta de desenvolvimento de estratégias políticas que se

desenvolvem independente dos apoios institucionais, tais como criação de projetos, organização de atividades, autogestão de recursos, etc.

Em seu livro “Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios”, Ana Marta Lobosque identifica como meta do movimento da luta antimanicomial:

Trata-se de encontrar uma nova habitação para a loucura – o que não significa, naturalmente, reformar ou remodelar os espaços que os chamados loucos deveriam forçosamente habitar, e, sim, diferentemente, tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não. Isso implica, por conseguinte, em questionar a rigidez dos limites colocados entre loucura e razão – numa operação de pensamento e prática em que se desafia e se confronta um poder (Lobosque, 2003, p.17).

A luta antimanicomial tem como agenda não apenas fim das instituições psiquiátricas ou somente a criação de serviços substitutivos, mas a modificação das representações sociais sobre a loucura, que se articulam com as práticas mais corriqueiras e gerais de maus-tratos e discriminação contra os loucos. Fazer com que a loucura tenha circulação social - encontrando espaços cada vez menos restritos de convívio e interação - significa caminhar na contra-mão do processo histórico de exclusão que ela tem sofrido. É, portanto, um movimento que exige uma profunda transformação social.

Alverga & Dimenstein delinearão algumas características importantes dessa luta:

Acreditamos que é limitada a luta pela reforma psiquiátrica calcada na perspectiva da reinserção social, busca pela reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, sem uma crítica (ruptura) radical aos fundamentos de um processo societal que se desenvolveu ancorado na rejeição de tudo o que não se identificava com a

racionalização da vida cotidiana. Notamos, pois, que a perspectiva de reforma psiquiátrica ancorada no paradigma da reabilitação psicossocial permanece refém do exercício de uma consciência cidadã, perspectiva limitante do que vem a ser a proposta de desinstitucionalização da lógica manicomial que sustenta saberes e práticas cronificadas e de subjugação de uns pelos outros (Alverga & Dimenstein, 2006, p.302).

Lobosque aponta como objetivo fundamental da chamada clínica em movimento, que se articula nas transformações da vida, do convívio: “Trata-se, dentre outras frentes de ação, de retirar a clínica da Saúde Mental se sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas” (Lobosque, 2003, p.20).

Em nossa visão, não basta apenas retirar a clínica de uma função, ou fazer com que esta não mais a exerça. Obviamente, acreditamos na possibilidade de uma função autônoma das práticas clínicas, mas esta modificação requer, necessariamente, uma profunda reformulação destas, de suas práticas e pressupostos, associada ao largo processo de transformação social anteriormente mencionado. Pensamos ser necessária uma oposição efetiva aos processos de normatização e uma ruptura com os dispositivos de controle social, o que situaria tais práticas de transformação e luta como sendo subversivas.

Em nossa análise, a autonomia deve permear as práticas clínicas ou terapêuticas não como um objetivo último, a ser desenvolvido, mas como uma prática efetiva, aplicada na relação. Consideramos a noção de convívio como fundamental para o restabelecimento de um espaço social que acolha o sofrimento psíquico, promovendo interações que suportem e potencializem seus conteúdos, ao invés de reprimi-los e silenciá-los. Para isso, é fundamental que o convívio não reproduza estruturas de poder presente nas instituições ou nas famílias, pois assim seria apenas mais um espaço de sujeição do louco.

Um espaço de convívio contém o potencial de restituir autonomia do sujeito, por meio de novas relações e experiências que permitam o surgimento de novos sentidos subjetivos em suas vidas. Pode ser um espaço onde o sujeito reencontre ou amplie aspectos identitários, restabeleça atividades profissionais, se empodere política e culturalmente.

Como frisam Alverga & Dimenstein:

Assim, distintamente de uma reinserção social – que implica, quase sempre, a culpabilização do indivíduo colocado à margem, bem como uma avaliação da falta de adequação social e necessária adaptação ao que lhe marginalizou -, sabe-se que a reforma deve buscar a emancipação, não meramente política, mas, antes de tudo, uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita, dentre outras coisas, o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social; que passe a encampar todas as esferas e espaços sociais; que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo; e busque a convivência tolerante com a diferença (Alverga & Dimenstein, 2006, p.303).

A luta antimanicomial tem representado, para diversos sujeitos considerados loucos, um espaço cuja subjetividade social é fundamental - não apenas por ser via para a tomada de consciência política e luta por seus direitos - mas pela própria sociabilidade que desenvolve enquanto ambiente relacional diferenciado, geralmente composto por pessoas que lidam diretamente com o sofrimento psíquico.

Ao falar sobre as dificuldades que enfrentam os serviços substitutivos de atenção psicossocial, Lobosque pondera:

Ora, os projetos e aspirações relativos a uma transformação da presença da loucura na cidade exigem de nossa parte, para sua vitalidade e prosseguimento, laços que não se atrelem à nenhuma instituição, seja a este NAPS, seja a esta universidade, seja àquele

governo. Para sustentarem-se, tais projetos exigem nossa organização livre, autônoma e disciplinada como movimento social (Lobosque, 2003, p.38).

Consideramos fundamental visão noção defendida por Lobosque da necessidade de organização em termos de movimento social. Impulsionado pela prática autônoma, ele pode não apenas exercer pressão sobre as instituições públicas, mas também construir alternativas próprias no desenvolvimento de projetos de transformação social, suporte e circulação da loucura.

Pensamos que independente do apego aos diferentes serviços substitutivos existentes, a luta antimanicomial deve ser maior e crescente, em uma posição autônoma, distinta da institucional, superando suas limitações, levando a luta para a rua, gerando ritmo, construindo liberdade, promovendo mudança.

Conclusão

A maneira como o conhecimento científico é gerado, produzido e acumulado, de maneira geral, segue uma lógica que trafega - assim como os outros bens produzidos em uma sociedade capitalista - pelos rumos da elitização. Nem mesmo os que seriam diretamente interessados em seus temas – os sujeitos, os nativos, as populações – tornam-se, em alguma medida, beneficiários diretos ou indiretos da ciência. Há um distanciamento básico entre os sujeitos e a ciência - assim como entre a academia e a sociedade - que faz com que esta ainda se constitua como um conhecimento privilegiado de especialistas, de técnicos.

Quando os conhecimentos científicos se encontram com o sujeito é que eles podem ser considerados como saberes – como um conjunto integrado, simbólico, complexo – que agem para além da academia e se integram com a vida, se exercem nas relações, pelo convívio, pela mudança.

Só um conjunto de saberes construídos no diálogo, numa co-autoria com os sujeitos, podem agir sobre a sociedade em geral, transformar a vida das pessoas. Quando falamos que a psicologia tem dificuldades em compreender a subjetividade humana de maneira complexa, falamos na verdade que ela não consegue bem chegar até o outro, falar sobre sua vida, sobre como este se relaciona e como vive no mundo. Raramente faz isso sem reduzi-lo, geralmente em função de um refinamento teórico ou como adesão a algum novo campo do conhecimento psicológico em desenvolvimento.

Chegar até o sujeito é também gerar voz, ação, fazer com que sua visão sobre as coisas ecoe. A normalidade ergue modos de ser que tentam ser adequados, mas fracassa. Um saber sobre a loucura, produzido em espaços que possibilitem o convívio social – em um sentido mais comunitário, que gere novas identificações – tem o poder de uma transformação das

representações sociais e nas práticas de outras localidades. Uma experiência rica é a que gera saberes, dialoga com as demais, se pensa, se questiona. Produz e dialoga com a sociedade, fala sobre a loucura, fala sobre conviver com o sofrimento, conta suas histórias, desenvolve diferentes narrativas, produz sentido subjetivo.

O presente trabalho, embora seja marcado por uma experiência, pelo contato com os sujeitos, não teve essa possibilidade de co-construção. As palavras são minhas, as teorias são nossas. A voz do sujeito pouco aparece nas minhas palavras. E é geralmente assim que acontece.

Gostaria que o enfoque deste fosse lhes dar a voz, ou ao menos falar aqui sobre suas vidas, esmiuçar e descrever cada um deles. Falar um pouco sobre como é perder alguém de quem se gosta muito, sobre como é não conseguir dormir durante muitos dias, sobre como é ruim ouvir uma voz que lhe exige que mate quem você mais gosta. Falar sobre como é se sentir absolutamente sozinho no mundo e saber que talvez seja assim até o último dos dias. Sobre como é se sentir como um céu azul bonito acima de uma rua movimentada onde só existem prédios altos e ninguém nunca olha pra cima. Falar sobre é ruim ter uma idéia repetida em sua cabeça, que parece nunca lhe abandonar, algo que outrora era bom e agora lhe faz mal. Falar sobre como é saber ser um ser diferente, que ocupa um papel especial no mundo, que consegue agir magicamente sobre a realidade. Falar sobre como é ser algo que você não gosta. Falar sobre como é brutal ser encarcerado e receber um rótulo por algum dos motivos citados, que legitima uma das conseqüências possível de cada um destes fatos: o encarceramento, a tortura.

Mas nesse caminho, me deparei com o manicômio, sobre o qual é difícil falar, cujas práticas são difíceis de se entender. Os sujeitos falam sobre o manicômio, mas o que tentamos mostrar, neste trabalho, é que muitas vezes a sua fala, quando vem lá de dentro, é semelhante à de um presidiário, e quando vem de fora, é a de um louco. Não tem valor algum para nossa sociedade.

Há um manicômio, um hospital psiquiátrico chamado São Vicente de Paula, ali, no coração de Taguatinga, um complexo maquinário de destruir seres humanos, reduzi-los pela humilhação e depois lançá-los de volta na sociedade. Muitas pessoas caminham por ali todos os dias sem sequer saber disso, sem sequer se importar.

Detrás daquelas grades, muitas vezes o eu dos sujeitos parece externo, comparece na narrativa como uma vida anterior, fora das grades. Ali, muitas vezes, são obrigados a serem outros. E aqui, do lado de fora, são obrigados a serem normais, assim como todos nós, em alguma medida, também somos obrigados.

Desenvolver um saber com o sujeito sobre a loucura é também, assim, a possibilidade de se encontrar com o outro, com a diferença. Ver sua familiaridade. De gerar novos espaços, criar serviços substitutivos, gerar transformação social. É lutar por um mundo onde não haja mais manicômios.

Referências Bibliográficas

ALVERGA, A. R. & DIMENSTEIN, M. (2006). *A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura*. Interface. - Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.20, jul/dez, p.299-315.

CASTORIADIS, C. (2000) *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

CLASTRES, P. (1980) *A sociedade contra o Estado*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

COOPER, D. (1982) *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Editora Perspectiva.

FOUCAULT, M. (1984) *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

FOUCAULT, M. (2006) *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.

GODOY, C. O. (2003) Loucos por você! In: Lobosque, A. M. *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

GOFFMAN, E. (1988) *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

GOFFMAN, E. (2003) *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.

LA HAYE, J. L. (2007) *A Morte do Manicômio*. São Paulo: Imaginário. Editora da Universidade Federal do Amazonas.

LÉVI-STRAUSS, C. (1989) Introdução à obra de Marcel Mauss. In: Mauss, M. *Ensaio sobre a dádiva*. Portugal: Edições 70.

LOBOSQUE, A. M. (2003) *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.

PIRELLA, A. (1985) A negação do hospital psiquiátrico tradicional. In: Basaglia, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.

REY, F. L. G. (2005) *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

REY, F. L. G. (2007) *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

SZASZ, T. S. (1980) *Ideologia e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

THOMPSON, A. (1988) *Quem são os criminosos?* Rio de Janeiro: Lúmen Júris.